



## La violence entre partenaires intimes

Donna E Stewart, MD, FRCPC<sup>1</sup>; Harriet MacMillan, MD, MSc, FRCPC<sup>2</sup>; Nadine Wathen, PhD<sup>3</sup>

*Cet énoncé de principe a été révisé(e) et retiré de la liste des documents officiels de l'Association des psychiatres du Canada (APC), le 23 juillet 2020. Il n'est offert qu'à des fins de référence historique. À l'origine le document a été développé par le Comité permanent des normes professionnelles et de la pratique de l'APC et approuvé par le conseil d'administration de l'APC le 13 décembre 2012.*

### Introduction

La violence entre partenaires intimes (VPI) s'entend de la violence physique, sexuelle ou psychologique exercée par le partenaire, le conjoint ou l'époux actuel ou ancien<sup>1,2</sup>. En plus de violer les droits de la personne, la VPI est lourde de conséquences que l'on peut prévenir par des politiques et des programmes sociaux, éducatifs et juridiques<sup>3,4</sup>.

Le présent énoncé de principes examine l'épidémiologie de la VPI notamment sa prévalence, les facteurs de risque, la situation dans des groupes particuliers, ses effets nocifs sur la santé, en s'attardant à la santé mentale, ses effets sur les enfants qui en sont témoins, le dépistage, l'évaluation, la documentation, la prise en charge, le traitement, le pronostic, la prévention, l'éducation et la recherche. De plus, le document fait le point sur l'état actuel de nos connaissances dans ce domaine et renferme des recommandations visant à favoriser les pratiques exemplaires en psychiatrie. Il met en relief les principaux constats et les thèmes qui émergent de la recherche scientifique à l'échelle

internationale, et surtout les données factuelles au Canada. Bien que l'Association des psychiatres du Canada (APC) traite déjà de la question de la VPI dans ses lignes directrices sur l'évaluation et la prise en charge de la violence familiale<sup>5</sup> publiées en 1992, elle reprend ce sujet, car l'information et les connaissances ont grandement évolué en 20 ans.

La VPI est un problème important ayant de graves répercussions sur la santé physique, la santé mentale et le bien-être de femmes, d'hommes et d'enfants. En outre, le phénomène est lié à des comportements à risque pour la santé tels l'alcoolisme et la toxicomanie. La VPI constitue un problème social et de santé publique majeur répandu dans le monde entier, qui entraîne de coûts considérables d'ordre personnel, sanitaire, économique, et social<sup>6-8</sup>. Une étude chiffre les coûts de la VPI au Canada à 6,9 milliards de dollars par an dans le groupe des femmes âgées de 19 à 65 ans qui ont quitté un partenaire violent<sup>9</sup>.

Nul est besoin d'insister sur la raison d'être du présent énoncé de principes quand on sait que la VPI contribue à l'apparition d'un grand nombre de problèmes de

<sup>1</sup> Professeure, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario; directrice et chercheuse principale, Women's Health, University Health Network, Toronto, Ontario; membre du conseil d'administration et représentante canadienne, World Psychiatric Association, Genève, Suisse.

<sup>2</sup> Professeure, Départements de psychiatrie et de neurosciences comportementales et de pédiatrie, et titulaire de la chaire David R. (Dan) Offord en études de l'enfant, Centre Offord d'études de l'enfant, Université McMaster, Hamilton, Ontario.

<sup>3</sup> Professeure agrégée, Faculté de l'information et des médias, et coordonnatrice, Programme commun d'études supérieures en science de l'information sur la santé, Université Western Ontario, London, Ontario.

© Tous droits réservés 2013. Association des psychiatres du Canada. Toute reproduction, citation ou paraphrase de ces sommaires, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, sans l'autorisation écrite de l'APC est interdite. Les commentaires des membres sont les bienvenus. Veuillez adresser vos observations au président de l'Association des psychiatres du Canada, 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa (Ontario) K1P 5J3; tél. : 613-234-2815; téléc. : 613-234-9857; courriel : [president@cpa-apc.org](mailto:president@cpa-apc.org). Référence 2013-54.

Avis : L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser chaque énoncé de principes, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision. Tout document qui a été publié plus de cinq ans auparavant et dans lequel il n'est pas mentionné explicitement qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

santé, notamment la dépression, les troubles anxieux comme l'état de stress post-traumatique, la douleur chronique, les troubles de l'alimentation, les troubles du sommeil, les troubles psychosomatiques, l'alcoolisme ou la toxicomanie, les comportements suicidaires ou autodestructeurs, les troubles de la personnalité (tels que l'état limite ou la personnalité antisociale), la psychose non affective et les comportements à risque pour la santé<sup>10,11</sup>. La VPI devrait être une question d'importance vitale pour les professionnels de la santé mentale et sur laquelle devraient se pencher sans tarder les milieux politiques, cliniques, éducatifs et de la recherche.

## Définition

Comme nous le précisons auparavant, la VPI désigne la violence physique, sexuelle et psychologique exercée par le partenaire ou le conjoint actuel ou ancien. Cette forme de violence ne fait pas de distinction entre le couple hétérosexuel et le couple homosexuel et ne suppose pas l'intimité sexuelle<sup>1,2</sup>. Statistique Canada<sup>12</sup> définit cette notion comme suit : « Cette forme de violence englobe la violence physique et sexuelle, de même que la violence psychologique et l'exploitation financière aux mains du conjoint en droit ou de fait actuel ou d'un ex-conjoint en droit ou de fait. » De nombreuses instances tiennent compte de toutes les formes de relations intimes, y compris les fréquentations.

La VPI désigne l'agression physique par des gestes tels des gifles, des coups de poing ou de pied, des morsures, des raclées, l'usage d'une arme ou la profération de menaces d'utiliser une arme, la violence psychologique qui prend la forme d'intimidation, de dénigrement constant, d'humiliation ou de menaces, les rapports sexuels forcés et tout comportement contrôlant tel le fait d'isoler la victime de sa famille ou de ses amis, de surveiller ses moindres allées et venues, ou toute contrainte telle la restriction de l'accès à l'information, à un soutien financier ou à toute autre forme d'assistance<sup>6</sup>.

La VPI est souvent assimilée à la violence familiale, à la violence au foyer et à la violence conjugale, mais ces termes demeurent imprécis et certains englobent la violence à l'égard d'enfants dans les catégories de violence familiale ou au foyer, ce qui risque de semer la confusion. Lorsque la victime de VPI est une femme, nous entendons souvent parler de violence à l'endroit des femmes, de femmes battues ou de violence conjugale. Nous le verrons ci-après, les hommes peuvent également être victime de VPI. En fait, la VPI ne se limite pas aux couples mariés ni aux couples hétérosexuels, et elle transcende les cultures. Ces expressions ont ceci de commun qu'elles laissent sous-entendre que la violence est un mode d'expression du pouvoir, du contrôle et de la domination par divers comportements incessants, souvent en escalade.

## Épidémiologie

### Prévalence

La VPI ne connaît pas de frontières; elle est perpétrée dans tous les pays sans égard à la culture, à la religion ou au statut socioéconomique. Elle est exercée par un homme à l'endroit d'une femme ou par une femme à l'endroit d'un homme dans le cadre d'une relation hétérosexuelle et elle se produit également dans des relations impliquant des partenaires de même sexe. Elle peut survenir entre partenaires mariés, vivant en union libre, cohabitant ou se fréquentant. La VPI est nettement sous-estimée, particulièrement dans les données statistiques des services policiers. Comme nous le constaterons ci-après, la plupart des données saisies à ce jour ont trait à la violence exercée par des hommes à l'égard de femmes dans le cadre d'une relation hétérosexuelle<sup>7,8,13</sup>.

L'étendue de la VPI varie beaucoup d'un pays à un autre, et la comparaison entre pays pose des difficultés tenant à la diversité des méthodologies et définitions. Néanmoins, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans son « Étude multipays sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes »<sup>14</sup>, recense des données comparables sur 10 pays, qui font ressortir d'immenses écarts notamment : 3,8 % des femmes japonaises ont été victimes de VPI dans les 12 mois précédant l'étude comparativement à 53 % des femmes éthiopiennes. Dans tous les sites sauf un, les femmes sont exposées à un risque de VPI plus grand que le risque de toute autre forme de violence interpersonnelle. En outre, l'incidence de la VPI n'est pas la même en région rurale et en région urbaine, étant habituellement plus élevée en milieu rural<sup>13</sup>.

Statistique Canada a collecté des données sur la VPI auprès d'hommes et de femmes du pays pour la première fois en 1999 lors de son enquête sociale générale<sup>15</sup>. Une proportion presque égale d'hommes et de femmes ont déclaré avoir été victimes de violence physique (7 % et 8 %, respectivement) et de violence psychologique (18 % et 19 %, respectivement) dans le cadre d'une relation intime dans les cinq dernières années. Les données de 2011 font état d'un taux moindre, à savoir de six à sept % de femmes canadiennes ayant subi de la violence de la part d'un partenaire intime dans les cinq ans auparavant<sup>12</sup>. À noter cependant que le taux de VPI chez les usagères de services psychiatriques hospitaliers ou externes est plus élevé<sup>10,16-18</sup>. Selon un examen systématique de 41 études, accompagné d'une méta-analyse, le rapport des cotes de VPI durant la vie adulte est de 2,77 chez les femmes atteintes d'un trouble dépressif, de 4,08 chez les femmes aux prises avec un trouble anxieux et de 7,34 chez les femmes en état de stress post-traumatique, par rapport aux femmes qui n'éprouvent pas de problèmes de santé mentale. Des études démontrent que le rapport des cotes de VPI augmente chez les femmes comme chez les hommes dans toutes les catégories diagnostiques, y compris les

psychoses, et que la prévalence demeure plus élevée chez la femme que chez l'homme. Étant donné le peu d'études longitudinales disponibles, il est impossible de déterminer la direction du lien de causalité<sup>10</sup>.

Le stéréotype qui a longtemps prévalu voulait que la femme soit l'éternelle victime de l'homme violent qui la maltraite. Nous savons désormais que la violence peut être exercée par l'un comme par l'autre, que le phénomène de la violence subie par des hommes est plus fréquent que ce que nous estimions, mais force est de constater que les victimes de cette forme de violence sont des femmes dans la grande majorité des cas, que ce sont elles surtout qui en subissent les graves répercussions sur les plans de la morbidité et de la mortalité<sup>19</sup>. La violence réciproque que l'on désigne habituellement comme violence situationnelle, est considérée comme étant moins grave que le schéma de violence grave ou de terrorisme intime propre à la VPI, caractérisée par des menaces, de multiples gestes violents et un comportement autoritaire, voire contrôlant. La recherche indique que, le plus souvent, les coups et blessures infligés à la femme sont le fait d'un homme<sup>19</sup>.

Tel que mentionné auparavant, le schéma de la VPI diffère remarquablement selon que l'on est un homme ou une femme. Par rapport à la violence subie par les hommes, la violence à l'endroit des femmes est plus sévère et chronique et cause des blessures graves et davantage de peur<sup>20</sup>. D'autre part, le risque d'être victime de violence physique moins grave hors d'une relation de domination (violence situationnelle) est sensiblement le même pour l'homme et la femme. Des chercheurs signalent que plus de femmes que d'hommes se disent victimes de violence grave exercée par un partenaire intime, se manifestant par des coups, l'étouffement, la strangulation, l'agression sexuelle ou des blessures, ou la mort<sup>20</sup>. Des données statistiques de 2009 de services policiers du Canada révèlent que des conjoints, ex-conjoints ou autres partenaires intimes ont commis 41 % des actes de violence subis par des femmes<sup>21</sup>. La plupart des victimes (83 %) rapportant des sévices infligés par le conjoint sont des femmes, qui dans une plus grande proportion que les hommes (42 % comparativement à 18 %) font état d'une blessure physique (33 %) ou disent craindre pour leur vie (5 %); les femmes sont également plus nombreuses que les hommes à être victimes de violence chronique, qui correspond à 11 incidents de violence, ou plus, soit 20 % de femmes contre 7 % d'hommes. En 2007, le risque d'être victime d'un homicide dans un contexte de VPI était quatre fois plus grand pour la femme que pour l'homme<sup>21</sup>. Le phénomène vu sous ces angles, plusieurs s'accordent pour qualifier la VPI de violence de genre.

La VPI ne cesse pas forcément à la fin de la relation. Les données sur le harcèlement criminel au Canada provenant de la Déclaration uniforme de la criminalité

et de l'Enquête sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes<sup>22</sup> illustrent que les femmes représentaient en 2009 les trois quarts (76 %) des victimes de harcèlement criminel, y compris le harcèlement sexuel et que 45 % d'entre elles étaient harcelées par un ex-conjoint, et 6 % par leur conjoint actuel<sup>22</sup>. Il en va tout autrement du harcèlement criminel subi par les hommes<sup>22</sup>. Ces formes de harcèlement et de violence incessants ont d'énormes répercussions sanitaires et économiques sur les femmes<sup>9,23-25</sup>.

Tel qu'il est mentionné, 7 % des hommes canadiens formant l'échantillon de l'enquête pancanadienne de 1999 se disent victimes de violence physique et 18 % de violence psychologique, exercée par un partenaire intime<sup>15</sup>. Plus de la moitié (54 %) des hommes maltraités rapportent avoir subi plus d'un incident de VPI. Pour les hommes maltraités, la violence se manifeste par des objets qui leur sont jetés par la tête, des gifles, des coups de pied, des morsures, des coups du poing, alors que les sévices infligés aux femmes prennent la forme de coups et blessures, d'agression sexuelle, d'étouffement, d'emprise sous la menace d'un fusil ou d'un couteau ou d'usage d'un fusil ou d'un couteau. La tyrannie, la domination, l'humiliation, le dénigrement, l'intimidation et les paroles ou comportements humiliants sont les visages de la violence psychologique subie par les hommes et les femmes. Le contexte dans lequel se produit cette violence n'est pas précisé, mais il est fréquent que la violence psychologique et la violence physique cohabitent, chez les hommes comme chez les femmes, et, parfois, les deux partenaires commettent des actes de violence. Parmi les hommes victimes de VPI, 13 % rapportent des blessures physiques : ecchymoses, éraflures, lésions génitales, traumatisme crânien mineur, lacérations et blessures internes; et 3 % ont consulté un professionnel de la santé sur ce motif. Outre leurs blessures physiques, les hommes se sentent émasculés, marginalisés, isolés, honteux et embarrassés. Des hommes ayant déclaré des actes de violence commis contre eux affirment que les professionnels de la santé et des services juridiques, ainsi que leurs amis et voisins, ont accueilli leur déclaration avec scepticisme ou n'y ont tout simplement pas cru<sup>26</sup>. Cette remise en question est plus évidente dans le contexte de la violence sexuelle, car peu savent que la peur, la colère ou la douleur peuvent provoquer une érection et l'éjaculation au même titre que l'excitation sexuelle consensuelle<sup>27</sup>. Une étude américaine de petite envergure portant sur des adultes au comportement suicidaire hospitalisés dans un établissement de soins de courte durée indique que plus de 90 % d'entre eux ont exercé de la VPI ou en ont été victimes dans l'année écoulée et constate qu'il n'y a pas de différences notables entre les hommes et les femmes du point de vue des sous-échelles de perpétration et de victimisation<sup>18</sup>.

## Indicateurs de risque

De nombreuses études canadiennes, dont des enquêtes nationales menées auprès d'un échantillon représentatif de la population générale<sup>28</sup>, et des études de vaste envergure dans d'autres milieux<sup>29</sup> font ressortir sensiblement les mêmes caractéristiques démographiques, relationnelles et personnelles à titre d'indicateurs du risque de VPI : le jeune âge, l'union de fait par opposition au mariage, la séparation, la relation avec un chômeur ou un partenaire sous-employé, la situation économique précaire, l'alcoolisme ou la toxicomanie. Des études internationales considèrent les troubles de la personnalité, la psychose, la dépression, les difficultés conjugales et le dysfonctionnement familial comme étant des facteurs de risque de violence exercée par le partenaire masculin<sup>6</sup>. On a noté certains traits chez des auteurs de VPI, dont la jalousie malade, la passivité agressive, la faible estime de soi, l'incapacité à s'affirmer, l'inémotivité, les carences sociales et l'incapacité sexuelle<sup>30</sup>. Quant aux victimes masculines, l'homme plus jeune est de quatre à cinq fois plus à risque de VPI que l'homme d'âge mûr (plus de 45 ans). Le risque s'accroît également pour l'homme en union de fait par comparaison avec l'homme marié, respectivement quatre et un %. Enfin, les hommes qui éprouvent beaucoup de stress ou de difficultés dans leur relation sont également vulnérables.

L'étiologie de la VPI comprend notamment le fait d'avoir été témoin ou d'avoir subi de la violence dans l'enfance, ce qui hausse le risque de commettre des actes de maltraitance à l'égard d'enfants ou du partenaire, ou d'en être victime, à l'âge adulte (transmission intergénérationnelle de la violence)<sup>28</sup>. Au chapitre des facteurs communautaires et sociétaux, mentionnons la faible réprobation sociale de la VPI, la pauvreté, le maigre capital social, les stéréotypes sexistes traditionnels, la condition inférieure des femmes et les conventions sociales favorables à la violence<sup>6</sup>.

L'évaluation de la victime ou de l'agresseur de VPI en vue de déterminer le risque de violence future est difficile, et la validité prédictive des résultats demeure incertaine comme en témoigne l'étude systématique de Fazel et ses collègues<sup>31</sup>. Cependant, l'outil d'évaluation des risques à 20 items fondé sur des indices historiques, cliniques et de gestion des risques intitulé *Historical, Clinical and Risk management (HCR 20)* constitue un aide-mémoire utile. Il comporte 10 indices historiques : antécédents de violence, premier acte de violence commis à un jeune âge, instabilité de la relation, problèmes d'emploi, toxicomanie, maladie mentale grave, psychopathie, déséquilibre pendant l'enfance ou l'adolescence, trouble de la personnalité et échec antérieur de la surveillance. L'échelle clinique englobe cinq aspects : peu d'introspection, attitudes négatives, maladie mentale grave en phase active, impulsivité et résistance au traitement. Les cinq éléments de gestion du risque sont : les plans irréalistes, l'exposition à des

facteurs déstabilisateurs, l'absence de soutien personnel, la non-observance des mesures de rétablissement et le stress<sup>32</sup>. L'évaluation du risque de violence à l'aide de cet outil se révèle plus exacte que l'évaluation reposant sur le jugement clinique non structuré chez les patients atteints d'un trouble mental<sup>33</sup>. À souligner, toutefois, que la valeur de prévision de ces outils varie selon le mode d'utilisation.

## Populations et situations particulières

### Facteurs culturels

L'influence de la culture est importante dans la VPI; les aspects culturels qui entrent en jeu sont ceux ayant trait aux valeurs profondément ancrées à propos de la priorité relative des buts et de l'autonomie de la personne (c'est-à-dire l'individualisme) et de ceux de la société (à savoir le collectivisme). La culture collectiviste patriarcale a une conception rigide des rôles sexuels, souscrit au principe de l'emprise de l'homme sur la femme, associe masculinité et domination, maîtrise, honneur et agressivité et admet la violence comme moyen de résoudre les conflits. En vertu de la culture collectiviste, la femme ne peut qu'endurer la VPI, il lui est interdit de s'y opposer ou de la dénoncer, car, ce faisant, elle ébranlerait les valeurs culturelles et la famille et serait une source de déshonneur.

### Nouveaux arrivants

Au Canada, les nouveaux immigrants, dont les réfugiés et les demandeurs d'asile, issus de cultures patriarcales qui ne parlent pas forcément l'une des langues officielles, qui ne sont peut-être pas autorisés à sortir seuls de la maison et qui ne connaissent ni les lois, ni les services offerts au pays, sont à risque accru d'être exposés à la VPI<sup>34</sup>. Les conventions sociales, la religion et l'appartenance à une minorité ethnique sont également des facteurs qui contribuent à restreindre la marge de manœuvre des femmes qui subissent cette forme de violence. La prévalence de cette violence est accrue chez les immigrantes en provenance de pays en développement par comparaison avec les femmes de pays développés ou natives du Canada<sup>35</sup>. Chez les immigrantes, le célibat, la séparation, le divorce ou le veuvage accentuent la vulnérabilité; en effet, la proportion de ces femmes victimes de VPI est décuplée par rapport aux femmes mariées ou en union de fait<sup>35</sup>. Selon l'enquête sociale générale de 1999, l'ampleur de la violence psychologique exercée par un partenaire intime à l'endroit d'une femme double presque chez les immigrants par rapport à la population en général, et cela est d'autant plus vrai si le partenaire n'a pas poursuivi d'études universitaires; notons cependant l'absence de différence statistiquement significative entre les deux groupes de la population quant à la violence conjugale physique<sup>36</sup>. Des rapports en provenance des États-Unis, qui pourraient s'appliquer au Canada, font état d'une



prévalence accrue de VPI dans les groupes qui ne sont pas de race blanche.

### ***Femmes autochtones***

Au Canada, le risque de subir de la violence exercée par un partenaire masculin est de deux à quatre fois plus élevé chez les femmes autochtones que chez les autres femmes<sup>37-39</sup>. L'enquête sociale générale de 2009 démontre que les incidents de violence conjugale rapportés par les femmes autochtones représentent le triple des incidents mentionnés par les autres femmes (respectivement 15 % et 6 %) dans les cinq ans précédant l'enquête, et que la violence subie par les femmes autochtones est plus grave que celle dont sont victimes les autres femmes<sup>40</sup>. La dynamique de violence dans les communautés autochtones serait imputable en partie à la colonisation, au racisme et à la discrimination<sup>38</sup>. D'autres y voient les conséquences des pensionnats et de la consommation d'alcool et de drogues<sup>39</sup>.

### ***Lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, allosexuels et incertains***

L'information sur la prévalence de la VPI dans les relations entre lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, allosexuels ou personnes d'orientation sexuelle incertaine est lacunaire, mais tout porte à croire que le phénomène est sensiblement le même que dans les relations hétérosexuelles. Des sources indiquent que l'ampleur de cette forme de violence est la même, voire plus grande, que dans les relations hétérosexuelles. Des études mettent en relief des facteurs de risque particuliers dans ces groupes, notamment la menace de dévoilement de l'orientation sexuelle, la divulgation de l'état sérologique vis-à-vis du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la stigmatisation sociale et l'absence de refuges accueillant les victimes homosexuelles<sup>41,42</sup>. Une analyse documentaire de la VPI chez les homosexuels constate que de 15 à 51 % se disent victimes d'une forme quelconque de VPI durant leur vie et que certains groupes ethniques sont plus vulnérables que d'autres<sup>43</sup>. Un sondage auprès d'un échantillon aléatoire comprenant 284 hommes homosexuels ou bisexuels de la Colombie-Britannique révèle que presque tous les répondants ont subi de la violence psychologique, que plus du tiers ont été victimes de violence physique et que 10 % se sont vu imposer des rapports sexuels par la force ou la menace de force<sup>44</sup>. Des données américaines laissent entrevoir que la violence verbale, physique ou sexuelle exercée par un partenaire intime est plus fréquente dans les couples homosexuels ou bisexuels que dans les couples hétérosexuels<sup>45</sup>. Nous n'avons pas relevé de données sur la VPI dans les couples lesbiens ou transsexuels au Canada. Un questionnaire torontois rempli par un échantillon non aléatoire de 189 lesbiennes révèle que 20 % d'entre elles se disent victimes de cette forme de violence, dont 10 % ayant subi de la violence physique<sup>46</sup>.

### ***Personnes ayant une limitation d'activité***

Le taux de VPI est plus élevé chez les personnes aux prises avec une limitation fonctionnelle (personnes handicapées selon l'ancienne appellation) que dans la population en général. Une analyse de données de l'enquête sociale générale de 1999 met en évidence que 1 483 femmes ayant un partenaire intime à ce moment-là ou en ayant eu un auparavant sont aux prises avec une limitation d'activité dans les tâches à la maison, à l'école ou au travail. Ces femmes subissent plus de violence physique, de violence sexuelle, de violence psychologique et toute forme de VPI que les autres femmes. Lorsque l'on tient compte de multiples variables, l'on constate que le risque relatif de VPI est plus du double (2,12) dans ce groupe de femmes ayant une limitation d'activité<sup>47</sup>. L'Enquête sur la violence envers les femmes de 1993 et les enquêtes sociales générales de 1999 et de 2004 de Statistique Canada concordent quant à leur constat voulant que la prévalence de VPI soit remarquablement plus élevée chez les femmes aux prises avec une limitation fonctionnelle que chez les autres. Les partenaires de ces femmes se distinguent des partenaires des autres femmes par leur comportement patriarcal dominateur, possessif et jaloux marqué<sup>48</sup>. Les personnes ayant une limitation d'activité sont vulnérables à la VPI en raison de leur incapacité, mais également parce qu'il leur est plus difficile d'en faire état ou de dénoncer le partenaire violent et d'obtenir des services. À noter que la limitation fonctionnelle peut être une conséquence de la VPI et qu'elle peut constituer un facteur de risque.

### ***Femmes enceintes***

La grossesse est une période de changement, une période où la VPI peut commencer, prendre de l'ampleur ou cesser. Deux études cliniques canadiennes ont constaté une prévalence de six à sept % durant la grossesse<sup>49,50</sup>. Les antécédents de violence représentent le plus solide prédicteur de violence durant la grossesse<sup>51,52</sup>. Le risque de violence accrue quadruple si la grossesse est imprévue ou non désirée, par rapport à une grossesse désirée<sup>53</sup>. Une étude clinique canadienne révèle que 95 % des femmes victimes de violence durant leur grossesse affirment que la violence a escaladé après la naissance de l'enfant<sup>52</sup>. Des études antérieures veulent que les femmes enceintes soient à risque accru de violence exercée par le partenaire intime; toutefois, des études récentes (ailleurs qu'au Canada) concluent que la violence exercée par le partenaire intime tend à diminuer durant la grossesse en comparaison avec le reste de la vie ou à l'année écoulée<sup>54,55</sup>. L'une des rares études<sup>56</sup> à examiner les tendances longitudinales de VPI durant les grossesses de la partenaire féminine indique que le premier trimestre est particulièrement périlleux pour certaines qui subissent de la violence physique accrue, tandis qu'il offre une protection sur ce plan à d'autres.

### ***Violence durant les fréquentations***

La violence durant les fréquentations est courante; les femmes comme les hommes d'âge adulte peuvent en être victimes, mais elle est plus fréquente chez les jeunes. Il peut s'agir d'un épisode isolé ou d'un schéma de violence physique, sexuelle ou psychologique qui perdure. L'enquête sur les étudiants des collèges et universités du Canada de 1993 (ministère de la Justice du Canada<sup>57</sup>) révèle que 35 % des étudiantes ont subi une agression physique perpétrée par l'homme qu'elles fréquentaient et que 28 % ont été victimes de violence d'une agression sexuelle dans les 12 mois précédents. Dans une proportion de 11 %, les étudiants ont rapporté avoir subi la victimisation sexuelle de la part d'un partenaire amoureux dans les derniers mois 12 mois écoulés. Nombreux sont ceux qui n'ont rien dit à ce sujet par honte, gêne, déni, peur de ne pas être pris au sérieux, crainte du rejet ou de représailles ou parce qu'ils s'estimaient responsables. Parmi les facteurs de risque de violence dans les fréquentations amoureuses, figurent les antécédents de violence, les croyances et attitudes, les difficultés relationnelles, la consommation d'alcool et de drogues, l'influence de pairs et la pornographie<sup>57</sup>.

### ***Consommation d'alcool : agresseurs et victimes de VPI***

De nombreux pays font état d'incidents de VPI où la consommation d'alcool entre en jeu. La consommation d'alcool entraîne une augmentation de l'occurrence et de la gravité de la VPI<sup>58-60</sup>. L'alcool altère le fonctionnement cognitif et physique, diminue la capacité de se maîtriser et affaiblit la faculté de résoudre un conflit relationnel sans violence<sup>61</sup>, ce qui est particulièrement problématique pour la personne impulsive. La consommation d'alcool excessive de l'un des partenaires peut aggraver les difficultés financières du couple, mettre en péril la capacité de prendre soin des enfants, causer de l'infidélité<sup>62</sup> ou accentuer d'autres stressors familiaux, devenir une source de tension et de désaccord et accroître le risque de VPI<sup>63</sup>. Par ailleurs, la consommation d'alcool peut empêcher le partenaire victimisé de percevoir les signes et les manifestations de violence, d'y résister ou d'y échapper. La victime de violence peut consommer l'alcool de façon abusive pour parvenir à supporter la situation ou à en atténuer les effets<sup>64</sup>. Cependant, la mentalité individuelle ou sociétale voulant que l'alcool soit la cause de l'agression peut encourager le comportement violent après avoir bu et l'alcool peut devenir un prétexte au comportement violent<sup>65</sup>. Il est fort probable que la consommation d'autres substances se traduise par une prévalence accrue de VPI, mais l'absence de données fiables ne permet pas de confirmer cette supposition.

### ***Pauvreté***

La pauvreté est aussi liée à la VPI, et bien que la VPI peut être perpétrée, et se produit de fait, dans tous les

groupes socioéconomiques, elle s'installe le plus souvent chez des gens pauvres<sup>66,67</sup>. Cette constatation tient en partie du moins à ce que les personnes jouissant d'une certaine aisance financière ont un certain pouvoir, un niveau d'éducation et un plus grand nombre d'options à leur disposition pour échapper aux relations violentes et à ce que l'insuffisance des ressources financières occasionne un stress accru au quotidien. La pauvreté peut également s'accompagner d'autres facteurs de risque de VPI.

### ***Personnes âgées***

Le fait d'être une personne âgée ne confère pas de protection contre la VPI, mais force est de constater le peu de données disponibles à ce chapitre. À cette période de la vie, la VPI s'inscrit dans le cadre d'une relation tumultueuse de longue date ou vient aggraver une discorde conjugale récente. Le partenaire violent peut souffrir d'isolement social, être rongé par le stress, être atteint d'une maladie mentale ou être aux prises à une toxicomanie. Sans compter que la démence et d'autres troubles neurologiques peuvent être des facteurs majeurs dans cette propension à la violence, alors que l'altération cognitive doublée d'une déficience sensorielle peut conduire à une perte de contact avec la réalité et une pensée paranoïaque. L'atteinte du lobe frontal peut chasser l'inhibition normale et être à l'origine de l'absence apparente de remords et de lucidité de l'auteur des actes de violence. Dans un couple qui ne vieillit pas au même rythme, le partenaire diminué par l'âge peut être la proie d'un sentiment d'envie et subir une blessure narcissique qui déclenchera des manifestations d'agressivité à l'égard du partenaire que l'âge semble épargner. Il importe de se rappeler que la personne âgée peut être agressive, violente, voire dangereuse. Néanmoins, la violence entre partenaires intimes âgés est souvent perçue comme étant moins sérieuse et l'agresseur s'attire plus de sympathie en raison de son apparence de fragilité ou d'incapacité physique<sup>30</sup>.

### ***Autres facteurs***

Une nouvelle analyse des données de l'enquête sociale générale de 1999 constate peu de différence quant aux taux de VPI en 12 mois ou en 5 ans entre des femmes de groupes minoritaires visibles, de niveau d'éducation différent, de régions urbaines et de régions rurales ou selon le nombre d'enfants. Cependant, tel qu'il est mentionné ci-dessus, le taux de VPI grimpe chez les femmes immigrantes, les femmes autochtones, les femmes ayant une limitation d'activité, les femmes à faible revenu et les femmes seules (c.-à-d., la violence perpétrée par un ex-conjoint)<sup>66</sup>.

### ***Répercussions sur la santé***

La VPI a de graves répercussions sur la santé mentale et la santé physique, y compris la mort<sup>6</sup>.

### **Répercussions sur la santé mentale**

Les effets de la VPI sur la santé mentale sont sans équivoque : la dépression, les troubles anxieux, particulièrement l'état de stress post-traumatique, la phobie et le trouble de panique, l'alcoolisme ou la toxicomanie, le troubles du sommeil grave, les troubles psychosomatiques, les comportements suicidaires et actes autodestructeurs subséquents aux épisodes de violence<sup>6,11,68</sup>. Les maladies mentales les plus prévalentes associées à la VPI sont la dépression et l'état de stress post-traumatique; la comorbidité qui y est liée est considérable<sup>69,70</sup>. Une méta-analyse d'études menées auprès de femmes ayant subi la VPI révèle que la prévalence moyenne de dépression est de 47,6 % et que celle de l'état de stress post-traumatique est de 63,8 %, des taux plus élevés que dans la population féminine en général, d'un facteur de 3,5 pour la première et de 5,0 pour le second<sup>71</sup>. Une étude systématique accompagnée d'une méta-analyse constate que le trouble dépressif majeur (9 à 28 %), la présence de symptômes dépressifs et la dépression postpartum peuvent être imputables à l'exposition cumulée à la VPI<sup>72</sup>. L'incapacité, les sentiments d'échec, de honte, de culpabilité, d'humiliation, le sentiment d'être prise au piège et l'impossibilité de maîtriser la situation contribuent à la baisse de l'estime de soi et à l'apparition de la dépression<sup>14,73</sup>, comme en témoigne également l'édition de 2004 de l'enquête sociale générale<sup>74</sup>. La probabilité d'être victime de VPI durant la vie adulte est accrue chez les personnes atteintes de multiples troubles psychiatriques<sup>10</sup>.

D'autres études révèlent un taux accru de troubles de l'alimentation, de troubles de la personnalité antisociale, d'états limites et de psychose non affective chez les femmes victimes de VPI<sup>13,14,69,71,75,76</sup>.

Les femmes autochtones victimes de violence sont plus sujettes aux problèmes de santé mentale, dont la dépression et la toxicomanie, que les autres femmes<sup>77</sup>. Le taux de dépression chez les femmes des communautés ontariennes des Premières nations est le double (18 % comparativement à 9 %) de celui chez les femmes ontariennes, précise l'Enquête nationale sur la santé de la population<sup>78</sup>. Cependant, l'enquête sociale générale de 2009 indique que le point de vue des femmes autochtones sur leur santé mentale et physique est sensiblement le même que celui des femmes non autochtones quant à leur propre santé<sup>40</sup>, même si les premières subissent de la violence à une plus grande fréquence et intensité que les secondes.

Comme les données probantes suggèrent que la dépression et l'état de stress post-traumatique sont possiblement des médiateurs par lesquels la violence affecte la santé physique<sup>24,79,80</sup>, il devient évident que la prise en charge des effets sur la santé mentale permettrait de prévenir des problèmes de santé physique, telles la douleur chronique ou la maladie cardiaque. La recherche établit en outre que lorsque la violence diminue ou cesse,

la santé physique et la santé mentale s'améliorent<sup>81</sup>. Toutefois, les données sur le harcèlement criminel au Canada<sup>22</sup> illustrent que le simple fait de mettre un terme à la relation ne brise pas forcément la spirale de la violence et du harcèlement.

La VPI est également associée à des comportements dangereux pour la santé, dont l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme<sup>6</sup>.

### **Répercussions sur la santé physique**

De 2000 à 2009, les homicides entre conjoints au Canada se chiffrent à 738 et représentent 16 % des homicides résolus et près de la moitié (47 %) des homicides commis dans le cadre familial; trois fois plus de femmes que d'hommes sont victimes d'homicides entre conjoints<sup>12,21</sup>. En 2010, les victimes d'un homicide commis par un partenaire intime (incluant une fréquentation), étaient au nombre de 89. Les tendances révèlent que les homicides entre conjoints (incluant une fréquentation) sont à la baisse<sup>12,82</sup>. Ainsi, le taux d'homicides entre partenaires intimes a chuté de 32 % dans la période de 1980 à 2010<sup>82</sup>. Cette diminution est attribuable à plusieurs facteurs semble-t-il, notamment à l'amélioration de la situation socioéconomique des femmes et à l'augmentation des ressources mises à la disposition des victimes de violence<sup>83,84</sup>.

Peu d'études comparatives se penchent sur les différences précises entre les blessures découlant de la VPI et celles imputables à une autre cause, c'est-à-dire les blessures accidentelles. Mais, une étude systématique et sa méta-analyse examinent des données ayant trait à des femmes se rendant à un service des urgences pour cause de blessures, comparant les blessures des femmes sans antécédents de VPI et celles des femmes victimes de VPI. Les auteurs ont constaté que la nature de certaines blessures permet de différencier les victimes de VPI; plus précisément, les blessures à la tête, au cou, à la mâchoire ou au visage survenues en l'absence de témoins (par opposition aux blessures causées par un accident de la route où il y a probablement des témoins), ainsi que les blessures multiples sont associées à la VPI, tandis que les blessures thoraciques, abdominales ou pelviennes, et les blessures aux membres sans autres blessures se produisent indifféremment dans les deux groupes de femmes<sup>85</sup>. Ces résultats concordent avec ceux d'études non comparatives individuelles qui concluent que les blessures à la tête, particulièrement à la bouche, aux dents et aux yeux, les marques d'étranglement, la commotion, les contusions internes et externes, les fractures et les plaies ouvertes, sont nettement reliées à une VPI<sup>6,14,86</sup>.

La VPI a bien d'autres répercussions sur la santé physique, notamment des répercussions sur la santé reproductive, et l'apparition de maladies chroniques et de maladies infectieuses. Selon une étude systématique et une méta-analyse de l'OMS et d'autres études, la VPI peut entraîner de la douleur chronique, de la



fibromyalgie, des troubles gastro-intestinaux, dont le syndrome du côlon irritable, des troubles du sommeil, l'inactivité physique, l'incapacité et la détérioration générale de l'état fonctionnel ou de la qualité de vie liée à la santé, outre les blessures dont il est question ci-dessus<sup>6,14,74,87</sup>.

Parmi les autres conséquences potentielles de la VPI notons : des troubles gynécologiques, l'infertilité, la maladie inflammatoire pelvienne, des complications durant la grossesse, la fausse couche, la dysfonction sexuelle, les comportements sexuels à risque, l'infection transmissible sexuellement, dont le VIH et le sida, l'avortement non salubre et la grossesse non désirée<sup>6,14</sup>. Cette forme de violence infligée à la femme durant la grossesse met en péril non seulement la santé maternelle, mais également la santé fœtale. Les coups et blessures à l'abdomen peuvent compromettre l'évolution de la grossesse et provoquer la mort périnatale<sup>88</sup>. Les données probantes quant à un lien direct entre la VPI durant la grossesse et le poids insuffisant à la naissance sont contradictoires, mais il y a assurément un risque accru d'accouchement prématuré<sup>14,88-91</sup>.

Au Canada, les femmes autochtones victimes de VPI sont plus enclines à rapporter les blessures infligées que les femmes non autochtones (59 % contre 41 %), comme elles sont plus enclines à dire qu'elles craignent pour leur vie (52 % comparativement à 31 %)<sup>40</sup>.

Nous n'avons pas répertorié de données canadiennes sur les répercussions sur la santé d'autres groupes de la population.

## Exposition des enfants à la VPI

Être témoin d'épisodes de violence psychologique, physique, sexuelle, financière ou affective entre des adultes qui sont des partenaires intimes ou l'ont été ou qui sont des membres de la famille est, pour un enfant, une forme de maltraitance<sup>92</sup>, qui peut avoir des répercussions à brève ou à longue échéance sur sa santé, particulièrement sur sa santé mentale. L'exposition à la VPI durant l'enfance entraîne un risque accru de problèmes d'ordre physique, psychologique, social, affectif et comportemental, notamment de troubles de l'humeur et de troubles anxieux, de problèmes scolaires et de toxicomanie à l'enfance et à l'adolescence<sup>92-96</sup>.

Les effets négatifs peuvent perdurer à l'âge adulte et donner lieu à une spirale de violence intergénérationnelle<sup>92,96,97</sup>; plus précisément, l'enfant témoin de VPI à la maison aura tendance, à l'âge adulte, à perpétuer ce comportement et à maltraiter ses propres enfants<sup>97,98</sup>, et sera plus enclin à entretenir des relations amoureuses marquées par la violence, qu'il en soit l'auteur ou la victime<sup>99-101</sup>. Les enfants exposés à la VPI sont plus vulnérables que les autres enfants à d'autres types de violence exercés par les personnes qui en prennent soin (p. ex., la violence physique ou sexuelle)<sup>102,103</sup>.

## Dépistage, évaluation, documentation

Le débat fait toujours rage quant à l'utilité clinique du dépistage systématique de la VPI chez les femmes qui se présentent à un établissement de soins de santé. Un essai clinique comparatif et randomisé (ECR) canadien compare un groupe de femmes soumises au dépistage de cette forme de violence au service des urgences, à la clinique de médecine familiale ou à la clinique d'obstétrique et de gynécologie et un groupe de femmes à qui ce service n'est pas offert. Aucun effet néfaste n'a été détecté, mais les avantages ou effets bénéfiques sont trop minimes pour justifier le dépistage de la VPI dans ces milieux de soins<sup>104</sup>. Un ECR plus récent sur le dépistage de cette forme de violence chez des femmes de couleur prestataires de *Medicaid* dans des établissements de soins primaires aux États-Unis en arrive aux mêmes résultats<sup>105</sup>. C'est ainsi que deux essais cliniques, de méthodologie et d'échantillonnage complémentaires, menés dans deux systèmes de santé différents, concluent que le dépistage systématique de la VPI ne diminue pas les épisodes de violence, ni n'améliore la santé ou la qualité de vie<sup>106</sup>, un constat repris par la plupart des études systématiques importantes, fondées sur des données probantes

(p. ex., celles de Feder et coll.<sup>107</sup>, de l'*Institute of Medicine*<sup>108</sup> ou de Nelson et coll.<sup>109</sup>), mais dont font abstraction les lignes directrices de pratique clinique sur ce sujet<sup>110,111</sup>, d'où la confusion qui règne chez les décideurs et les professionnels de la santé. Il n'en demeure pas moins important que les cliniciens œuvrant en santé mentale connaissent les signes et les symptômes évocateurs de la VPI et qu'ils soient à même d'investiguer cet aspect dans l'évaluation des personnes manifestant des signes ou des symptômes psychologiques, comme la dépression, le trouble anxieux, dont l'état de stress post-traumatique, la douleur chronique, les troubles de l'alimentation, les troubles du sommeil, les troubles psychosomatiques, les comportements autodestructeurs, la toxicomanie, certains troubles de la personnalité et la psychose non affective, ou des signes ou des symptômes physiques (voir ci-dessus), réputés pour leur lien avec la VPI. Par conséquent, l'examen des antécédents en matière de VPI des auteurs ou des victimes devrait faire partie de l'évaluation clinique de tous les patients, hommes et femmes, dans le milieu de soins de santé mentale. Cette investigation devient une recherche de cas puisqu'elle soulève des questions sur des actes de violence commis ou subis dans le cadre de l'évaluation diagnostique; il ne s'agit pas de dépistage, qui relève plutôt de questions uniformes posées de la même manière à tous les patients. La connaissance des antécédents de VPI est nécessaire à la formulation du diagnostic et à la détermination de la démarche et des modalités thérapeutiques; en l'absence de cette information, le clinicien risque de passer outre un facteur déterminant de l'apparition et de la persistance de la maladie mentale et la possibilité d'intervenir à ce sujet<sup>30</sup>. La plupart des victimes de VPI qui consultent en



santé présentent des signes ou des symptômes vagues ou des doléances somatiques chroniques, dont la douleur chronique, plutôt que des signes évidents de traumatisme physique. Certains comportements sont indicateurs de VPI, comme la consultation tardive ou l'absence au rendez-vous à de multiples reprises<sup>4</sup>. Le manque de connaissances ou d'intérêt, les contraintes de temps, la crainte de représailles ou d'avoir à témoigner ne sont pas des motifs acceptables de se défilier devant cette tâche d'étudier la possibilité de VPI.

La consultation dans un cadre privé en toute sécurité et confidentialité s'avère essentielle pour favoriser le dévoilement des antécédents en matière de VPI; nombre de patients ne le feront pas spontanément par peur de représailles, par pudeur, en raison de la censure familiale ou communautaire, par gêne ou honte, en raison d'une dépendance financière ou par appréhension en ce qui concerne la garde des enfants, le statut d'immigrant ou des procédures judiciaires. Il importe de poser la question au sujet de la VPI en privé, sans personne d'autre, même un enfant (à l'exclusion du nourrisson) ou le conjoint; si un proche entendait la conversation, cela risquerait d'aggraver la situation pour la victime. Il peut être nécessaire de prendre des dispositions particulières s'il s'agit d'immigrants. Le patient est seul avec le clinicien, et celui-ci est de même sexe que le patient si cela est préférable pour des motifs culturels; si la présence d'un interprète est requise, ce ne peut être un membre ni un ami de la famille. La compétence culturelle devrait autoriser le rejet de la violence en même temps que le maintien de l'identité culturelle. Les patients ne savent pas forcément que la VPI est un crime au Canada et que des services de soutien sont offerts ou ils ne considèrent pas cela comme un problème dont on peut parler à un professionnel de la santé.

Il est souhaitable de commencer l'entretien sur la VPI par des questions sur les relations du patient en général. Le clinicien peut commencer ainsi : « C'est important pour moi de connaître mes patients, de comprendre la nature de leurs relations avec leurs proches. » Voici des suggestions de questions :

1. Dans certains cas, des conjoints ou des ex-conjoints font usage de la force physique. Est-ce que cela s'applique à vous?
2. Vous êtes-vous sentie humiliée, émotionnellement diminuée ou persécutée par votre conjoint ou ex-conjoint?
3. Vous sentez-vous en sécurité dans votre relation actuelle, vous sentiez-vous en sécurité dans vos relations passées?
4. Votre conjoint ou un ex-conjoint vous a-t-il déjà menacé ou blessé physiquement?
5. Votre conjoint ou un ex-conjoint vous a-t-il déjà imposé des rapports sexuels sous une forme ou sous une autre?

Lorsque le partenaire victime de violence parvient à en parler, le clinicien doit réagir d'abord en

validant l'expérience (par exemple, « la violence est malheureusement fréquente dans notre société » [ou « dans bien des familles »]), en insistant sur le caractère inacceptable de la violence (par exemple, « tout le monde devrait pouvoir se sentir en sécurité à la maison ») et en offrant du soutien (par exemple, « il y a des choses dont nous pouvons parler qui pourraient vous aider »). Le professionnel de la santé mentale doit absolument s'abstenir de toute parole négative à l'égard de son patient (par exemple, « pourquoi ne le quittez-vous pas? ») ou de toute critique; de telles réactions peuvent accentuer les sentiments d'impuissance, d'infériorité ou de culpabilité de la victime<sup>30</sup>. Le clinicien doit être conscient de la complexité de la VPI et respecter les inquiétudes et les décisions du patient. Tout entretien au cours duquel le patient dévoile des incidents de VPI doit inclure des questions visant à vérifier la sécurité du patient dans les conditions actuelles. Si le patient présentant des blessures, des signes ou des symptômes évocateurs de VPI nie être victime de cette forme de violence, le clinicien devrait aborder le sujet à nouveau lors de la prochaine consultation alors que le climat de confiance mieux établi pourrait faciliter le dévoilement.

Bien que la décision de porter une plainte officielle auprès des autorités relève de la victime, le clinicien peut être tenu de rapporter le cas si un enfant est également victime ou témoin de VPI, selon la législation en vigueur. La législation varie d'une province ou d'un territoire à un autre; il est donc important que le clinicien connaisse les dispositions législatives applicables dans la région où il exerce sa profession. La confidentialité a ses limites, notamment en ce qui concerne le signalement obligatoire aux services de la protection de l'enfance, et le clinicien doit en informer son patient avant de lui poser des questions sur l'exposition à la VPI.

La décision de quitter un partenaire violent peut être longue à prendre et elle se prendra sans doute en franchissant les étapes du modèle de changement proposé par Prochaska, à savoir la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien (voir Burke et coll.<sup>112</sup>). On a même conçu un outil clinique facilitant l'évaluation de la disposition de la femme victime de violence à prendre des mesures pour éliminer la violence de sa vie<sup>113</sup>. La femme qui entend rompre une relation marquée par la VPI doit être mise en garde : le risque d'aggravation de la violence (pouvant culminer en un homicide) est accru durant la rupture et les premiers temps de la séparation<sup>12 p33</sup>. Le sujet de la sécurité doit être abordé lorsqu'une personne se confie à propos de la VPI, en posant des questions aussi simples que celles-ci : « Vous sentez-vous en sécurité à l'idée de retourner à la maison aujourd'hui? » « Avez-vous un plan de sécurité? » « Votre partenaire a-t-il une arme? ». Si la sécurité de la patiente est en péril dans l'immédiat, il peut être nécessaire de prendre les mesures qui s'imposent, dont faire appel aux autorités policières avec l'autorisation de la patiente.

En général, les études qui examinent ce que les femmes victimes de VPI souhaitent comme réactions après qu'elles en ont parlé révèlent qu'elles aimeraient que le médecin pose des questions sur la violence, qu'il les écoute, qu'il les croit, qu'il prenne la chose au sérieux, qu'il s'abstienne de tout jugement, qu'il se montre empathique et qu'il offre du soutien et qu'il les dirige vers les ressources appropriées : refuge, services sociaux et services juridiques<sup>114</sup>. Elles ne veulent pas subir de pression pour les forcer à dévoiler leurs antécédents de VPI ou à quitter leur partenaire; elles préfèrent qu'on leur demande d'un ton posé, rassurant, en toute confidentialité (sous réserve de l'obligation de signaler la violence à l'endroit d'un enfant, tel qu'il est mentionné ci-dessus). Il est important de préciser à la patiente que tout le monde a le droit de vivre sans subir de violence sous quelque forme que ce soit, et que la violence physique est un crime au Canada.

Les auteurs de VPI peuvent être atteints d'un trouble de la personnalité, de toxicomanie, de psychose, de dépression, de crainte de perdre le contrôle, de jalousie malade, de paranoïa ou d'une dysfonction cérébrale. Des questions comme : « Que se passe-t-il quand vous perdez votre sang froid? » « Avez-vous déjà été violent ou menacé quelqu'un? » « Avez-vous eu une relation avec cette personne? », peuvent les amener à dévoiler leur comportement violent. Si tel est le cas, le clinicien devrait poursuivre l'entretien en posant des questions précises sur les actes de violence. Une étude canadienne indique que l'homme et la femme aux prises avec un trouble mental qui exercent de la VPI se rangent similairement dans l'une ou l'autre de trois catégories suivantes : soit des personnes généralement violentes et antisociales; des personnes à l'état limite et dysphoriques; des personnes violentes en contexte familial seulement ou atteintes d'une psychopathologie faible<sup>115</sup>. Le clinicien ne saurait écarter du revers de la main l'information divulguée par les auteurs de VPI, ni en minimiser la gravité ou faire preuve d'indifférence ou de connivence factice<sup>30</sup>.

La consignation minutieuse et exacte de la consultation au dossier médical revêt une importance vitale dans la surveillance, le diagnostic et la planification du traitement. Il pourra être nécessaire de produire ces notes au dossier dans le cadre d'une procédure judiciaire<sup>116</sup>. Le clinicien devrait noter le compte rendu du patient et la chronologie des épisodes de VPI, le lien entre cette violence et les symptômes psychiatriques de l'auteur ou de la victime et les répercussions sur la victime. Il importe de distinguer les faits des opinions<sup>30</sup>. L'information utile est l'information factuelle, notamment le détail des blessures visibles de la victime (illustrées par un schéma), la description des épisodes ou des manifestations de VPI et du contexte dans les propres mots du patient, et les notes du médecin sur l'état mental du patient. Le contenu du dossier du patient n'est dévoilé qu'avec le consentement écrit du patient ou qu'en vertu d'une assignation à témoigner, à moins qu'il s'agisse d'un signalement à la protection de l'enfance.

## Prise en charge, traitement et pronostic

La démarche thérapeutique sera fonction du diagnostic psychiatrique et elle tiendra compte d'aspects propres au patient, de la relation, de la trajectoire de la violence, de la disposition du patient à changer, de la culture et des caractéristiques de la VPI. Des interventions psychologiques auprès de victimes de cette forme de violence ont fait l'objet de plusieurs études; une analyse systématique d'essais randomisés relève 7 interventions individuelles et 10 interventions de groupe. L'amélioration de l'état psychologique du patient, notamment l'atténuation des symptômes de dépression ou de l'état de stress post-traumatique, et l'amélioration de l'estime de soi est associée à plusieurs interventions psychologiques, dont la thérapie cognitive axée sur le traumatisme sous la forme individuelle ou de groupe<sup>117,118</sup>. Même si les études répertoriées n'ont pas ciblé la résilience comme principale variable dépendante, les études ont considéré certaines variables liées à la résilience comme l'estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité et la qualité de vie<sup>119</sup>. La plupart des études sont menées auprès de femmes qui ont quitté le partenaire violent et l'efficacité des interventions chez les hommes et les personnes vivant encore des épisodes de violence est inconnue<sup>4</sup>. Les données probantes quant à la pertinence ou à l'utilité d'intervenir auprès de toute la famille sont non concluantes<sup>120</sup>. Un essai auprès d'un groupe de militaires révèle que la thérapie conjugale n'apporte pas d'effets additionnels par rapport aux autres modalités thérapeutiques à l'étude ou que dans le groupe témoin<sup>121</sup>. Le taux de récurrence est bas dans tous les groupes; il se peut que l'emploi militaire soit à lui seul un élément dissuasif du recours à la violence. La littérature scientifique actuelle révèle que la thérapie conjugale n'est pas sécuritaire pour la majorité des femmes victimes, en particulier les femmes soumises à du terrorisme intime.

L'intervention de défense des droits des personnes soumises à la VPI a pour objectifs de les aider à se prendre en charge et de les diriger vers les ressources communautaires utiles comme des refuges, des services d'hébergement et de planification de mesures de sécurité, du counseling et des services juridiques. L'étude de Cochrane portant sur 10 ECR sur des interventions de défense des droits révèle des données probantes équivoques quant à leur effet bénéfique sur le bien-être physique et psychologique des femmes provenant de refuges destinés aux victimes de VPI; mais les données probantes quant aux femmes recrutées des établissements de soins de santé sont non concluantes<sup>117</sup>. Toutefois, une étude systématique de tous les ECR sur des interventions de défense des droits de victimes de VPI, dont certains effectués en milieu de soins de santé, conclut à une diminution de la violence, à l'amélioration du soutien social, de la qualité de vie et des comportements sécuritaires et à la hausse de l'utilisation des ressources communautaires<sup>107</sup>.

Des études menées auprès d'enfants exposés à la VPI démontrent l'efficacité de certaines interventions :

1. la psychothérapie enfant-parent<sup>122,123</sup>;
2. la psychoéducation sur les habiletés parentales et l'offre de soutien aux mères<sup>124</sup>;
3. le programme de défense des droits à l'intention de mères et de leurs enfants jumelé à un groupe de soutien et de psychoéducation pour les enfants<sup>125</sup>;
4. la thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le traumatisme comportant des séances individuelles pour la mère et l'enfant et des séances conjointes<sup>126</sup>.

Ces interventions centrées sur la dyade mère-enfant sont associées à une réduction des problèmes de comportement<sup>122-124</sup> et/ou des symptômes de stress post-traumatique des enfants<sup>122,123,126</sup> et par l'amélioration de l'estime et de la compétence de soi chez les enfants<sup>125</sup>. Les données disponibles indiquent que ces interventions apparaissent prometteuses, et ces études se doivent d'être répliquées.

Pour les victimes de VPI, le pronostic demeure incertain, car les interventions se déroulent dans de petits groupes, les évaluations comportent un suivi à court terme et le taux d'attrition est élevé. L'étude de cohorte examinant l'histoire naturelle de la VPI est rare. Plusieurs études descriptives font état de femmes qui quittent un partenaire violent et établissent une relation saine et équilibrée avec un autre partenaire. Cependant, l'étude de suivi de femmes ayant bénéficié d'une intervention de défense des droits en quittant un refuge constate que 44 % d'entre elles ont subi une agression de la part du partenaire initial ou d'un nouveau partenaire dans les trois ans et demi du départ du refuge. Elle souligne par contre que la qualité de vie et le soutien social des femmes ayant bénéficié de l'intervention s'en trouvent nettement améliorés par rapport aux femmes qui n'ont pas participé à cette intervention<sup>127</sup>, même si la différence en matière de récurrence de la violence entre les deux groupes constatée au suivi de deux ans a disparu au suivi subséquent l'année suivante. Nous n'avons pas identifié de données quant au pronostic pour les hommes ou encore pour les victimes de sous-groupes particuliers.

Les interventions destinées aux auteurs de VPI révèlent des résultats divergents; les études les plus rigoureuses n'identifient pas d'effets bénéfiques ou constatent un plus haut taux de récurrence<sup>128</sup>. Le principal traitement, outre le traitement visant une psychopathologie spécifique le cas échéant, consiste à encourager l'auteur de violence à se responsabiliser pour les actes commis, à détecter les éléments déclencheurs internes et externes, à comprendre et à prendre responsabilité pour les conséquences de ses gestes. Les stratégies comportementales spécifiques ayant pour objectif de diminuer le risque de violence, l'incitation à diminuer la consommation d'alcool ou de drogues et la référence vers les services appropriés sont des mesures qui peuvent être utiles dans certains cas<sup>30</sup>. Les données probantes sur l'efficacité de programmes d'intervention auprès d'agresseurs sont ambivalentes.

La littérature offre des données probantes suggérant que l'ordonnance de protection, pour autant qu'elle soit permanente et non pas temporaire, réduirait la VPI<sup>129</sup>.

## Prévention

La prévention primaire de la VPI inclut les programmes éducatifs axés sur le développement des relations harmonieuses, sur les stratégies de résolution de conflits, sur la modification des attitudes et sur l'acquisition de connaissances. Un ECR canadien, mené auprès d'élèves de troisième année du secondaire, évalue l'effet d'un programme offrant de l'information sur les relations harmonieuses et sur la violence dans les fréquentations; il constate une réduction statistiquement significative de la violence physique dans les fréquentations auto-rapportées chez un groupe expérimental par rapport aux groupes témoins (7,4 % comparativement à 9,8 %) <sup>130</sup>, quoique cet effet n'a été identifié que chez les garçons.

Malgré que les données probantes scientifiques soient encore lacunaires, nombre d'instances recommandent la collaboration intersectorielle, plus précisément entre les services de santé, les services sociaux, les services d'éducation et les services juridiques, ainsi que la concertation entre les spécialités et les disciplines de la santé, afin de promouvoir la prévention de la VPI et l'élaboration de programmes et de directives en cette matière<sup>131</sup>. Les médias peuvent également jouer un rôle en sensibilisant le public aux répercussions négatives de la VPI sur la santé mentale tout en censurant les déclarations voulant que cette forme de violence soit acceptable ou un fait admis culturellement<sup>132</sup>. Il n'en demeure pas moins nécessaire d'évaluer l'efficacité de ces démarches dans la diminution de la VPI.

Certaines initiatives de prévention secondaire de la VPI à l'intention de femmes enceintes ont vu le jour; ce sont des programmes de défense des droits et d'appropriation du pouvoir d'agir qui ont permis de réduire la violence psychologique et la violence physique mineure et d'améliorer l'évolution de la grossesse<sup>133,134</sup>. Une étude examinant un programme intensif de défense des droits (12 heures au moins) constate une baisse de la violence physique subie par des femmes dans les 12 à 24 mois chez les femmes ayant quitté un refuge, mais pas lors de relances plus courtes ou plus longues<sup>127</sup>. D'autres modalités thérapeutiques ont déjà fait l'objet de la discussion dans les sections précédentes.

## Éducation et recherche

Certaines associations de psychiatres, dont le *World Psychiatric Association*<sup>3</sup> et le *Royal College of Psychiatrists*<sup>30</sup>, et quelques associations canadiennes de médecins spécialistes, notamment la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada<sup>88</sup> et l'Association canadienne d'orthopédie<sup>135</sup>, ont publié des énoncés de principes et formulé des objectifs de formation sur le sujet de la VPI.



L'enseignement des tenants et aboutissants de la VPI, par un spécialiste de la question, devrait être prévu durant la formation en psychiatrie, à tous les cycles universitaires, et offert aux diplômés en médecine de l'étranger et à tous les professionnels de la santé mentale. À l'heure actuelle, très peu de programmes d'études médicales ou paramédicales, y compris dans le domaine de la santé mentale, font figurer ce sujet dans leur contenu<sup>136</sup>. Il devrait y être, et l'enseignement devrait comporter un volet didactique et un volet clinique. Le volet didactique devrait couvrir la prévalence de la VPI dans la population en général et dans certains sous-groupes particuliers, l'étiologie, les répercussions sur la santé, particulièrement sur la santé mentale, les questions à poser sur cette forme de violence et sur la sécurité dans le cadre de la recherche de cas, les interventions en cas de VPI, l'évaluation du risque et la prise en charge des victimes et des auteurs de violence. Le sujet de la VPI devrait figurer également dans les programmes de perfectionnement professionnel continu. Tous les psychiatres devraient connaître et mettre en œuvre les recommandations et lignes directrices que renferme le présent énoncé de principes, formulées à la lumière de l'énoncé de principes sur les directives pour la formation en psychiatrie culturelle de l'APC<sup>137</sup>.

Pour ce qui est de la recherche, nous disposons de plusieurs études descriptives sur la VPI, chez les femmes en particulier, mais il importe d'explorer la violence exercée par les femmes à l'égard des hommes et la violence dans les relations entre lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, allosexuels ou d'orientation sexuelle incertaine. La littérature scientifique offre actuellement peu de données sur les groupes particuliers comme les Autochtones, les immigrants, les personnes dans une situation socioéconomique précaire, les personnes aux prises avec une limitation d'activité, l'alcoolisme ou une toxicomanie, les femmes enceintes, les jeunes qui se fréquentent et les personnes âgées. Les études évaluatives sur des interventions efficaces visant la prévention et le traitement des victimes et des auteurs de violence font leurs premiers pas, et les lacunes dans ce domaine sont importantes. Ainsi, il y a un besoin important des recherches rigoureuses comparant diverses méthodes d'intervention psychologique, ciblant les personnes à différentes étapes de leurs trajectoires face aux expériences de VPI et incluant différentes périodes de relance. L'évaluation des interventions centrées sur le patient ou le système devrait reposer sur des mesures standardisées ou comparables.

## Résumé

- La VPI est un problème dont l'ampleur est sous-estimée; elle se produit dans tous les pays, sans égard à la culture ou à la situation socio-économique.
- La VPI a d'importantes répercussions sur la santé et le bien-être économique et social personnel.
- La VPI peut se produire dans les relations hétérosexuelles comme dans les relations entre lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, allosexuels ou personnes d'orientation sexuelle incertaines et être perpétrée par l'homme et la femme.
- Les données canadiennes de 1999 indiquent qu'une proportion presque égale d'hommes et de femmes ont été victimes de violence physique (7 % et 8 %, respectivement) et de violence psychologique (18 % et 19 %, respectivement) dans le cadre d'une relation intime dans les cinq dernières années.
- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à rapporter la VPI sévère, à en être victimes de manière chronique ou à en mourir. Elles sont également plus nombreuses à subir du harcèlement criminel à la suite d'une rupture de la relation.
- L'exposition à la VPI a des effets nocifs sur les enfants et d'autres membres de la famille.
- Dans certains groupes de la population, le risque de VPI est plus important ou les besoins eu égard à cette forme de violence sont spécifiques. C'est notamment les cas pour les immigrantes, les femmes autochtones, les groupes lesbiens, gais, bisexuels, transgenres, allosexuels ou personnes d'orientation sexuelle incertaine, les personnes ayant une limitation d'activité, les femmes enceintes, les adolescents en contexte amoureux, les personnes âgées, les alcooliques et les toxicomanes, les personnes à faible revenu et les personnes sans partenaire (violence exercée par un ex-conjoint).
- Les problèmes de santé mentale liés à la VPI sont : la dépression, les troubles anxieux, la douleur chronique, les troubles de l'alimentation, les troubles du sommeil, les troubles psychosomatiques, l'alcoolisme, la toxicomanie, les comportements suicidaires ou autodestructeurs et la psychose non affective; et des troubles de la personnalité et des comportements à risque pour la santé comme la témérité et le tabagisme. Étant donné que la VPI constitue un déterminant majeur de la santé mentale, il est d'importance vitale que les professionnels de la santé en tiennent compte.
- Parmi les problèmes de santé physique découlant de la VPI figurent la mort, différentes formes de blessures, des troubles de santé reproductive, des troubles gastro-intestinaux, la douleur chronique, la fibromyalgie, la détérioration de la capacité fonctionnelle et de la qualité de vie liée à la santé. Une maladie transmissible sexuellement, une grossesse non désirée et l'inactivité physique figurent également parmi les conséquences de la VPI.
- Pour l'enfant, être témoin de VPI peut avoir des répercussions sur sa santé à brève ou à longue échéance, particulièrement sur sa santé mentale.
- Les auteurs de VPI ont souvent un trouble de la personnalité; mais la toxicomanie, une forme de maladie mentale ou de dysfonction cérébrale peut aussi être présente.



## Recommandations visant à favoriser les pratiques exemplaires en psychiatrie

- Les psychiatres et les autres professionnels de la santé mentale devraient s'enquérir à propos de la VPI dans la relation actuelle ou les relations passées dans le cadre de l'évaluation clinique de tous les patients. Le patient peut être seul et néanmoins subir ou exercer cette forme de violence.
- La recherche de cas en présence de symptômes caractéristiques de VPI devrait être une priorité et se dérouler en toute confidentialité dans un environnement privé, sûr et empathique. Il peut être nécessaire de reprendre les questions à une consultation subséquente lorsque la relation thérapeutique est mieux établie.
- Une attention particulière devrait être portée à certains sous-groupes de la population et à des situations où le risque de VPI est plus élevé.
- Le clinicien devrait s'enquérir de la sécurité actuelle (évaluation du risque) du patient qui dévoile ses antécédents de VPI et le référer vers les services appropriés (refuges, centres de ressources locaux, services sociaux, services juridiques, par exemple).
- La sécurité devrait être une préoccupation continue, en particulier si le partenaire violent envisage de rompre la relation de violence.
- La documentation exhaustive et minutieuse des notes au dossier du patient victime ou auteur de VPI est essentielle. Le contenu du dossier ne devrait être dévoilé qu'avec le consentement du patient ou qu'en vertu d'une assignation à comparaître.
- Le clinicien est tenu de prévenir les instances de protection de l'enfance, conformément à la législation de la province ou du territoire où il exerce sa profession, quand il sait qu'un enfant est témoin de VPI ou qu'il est en danger. Il devrait informer les victimes de cette obligation de signaler de tels cas et des limites de la confidentialité dans la divulgation de certains faits.
- Le professionnel de la santé devrait s'informer de l'état des enfants de la famille et déterminer s'il y a lieu de les référer pour à une évaluation de difficultés émotionnelles ou comportementales.
- La démarche thérapeutique est fonction du diagnostic psychiatrique et elle tient compte d'aspects particuliers de la personne, de la relation et de la trajectoire de la violence, de la disposition du patient à changer, de la culture et des caractéristiques de la VPI. Le professionnel de la santé devrait envisager la référence vers des services de défense des droits et juger de la nécessité d'offrir des interventions psychologiques précises, tel qu'il est mentionné ci-dessus.
- Le psychiatre devrait connaître les principes de l'évaluation et de la gestion du risque pour les appliquer lorsqu'il traite un auteur de VPI. Outre la maladie mentale ou la toxicomanie le cas échéant, le traitement est centré sur le comportement violent de l'auteur; le psychiatre intervient pour aider l'auteur à se responsabiliser pour la violence exercée et ses conséquences, à cerner les éléments déclencheurs du comportement violent et à se doter de stratégies comportementales destinées à mettre un terme à la VPI.
- Le sujet de la VPI devrait figurer au programme d'études en psychiatrie et au programme d'études dans les disciplines de la santé mentale; il devrait être enseigné par un spécialiste en la matière. La formation sur ce sujet devrait porter sur la prévalence et l'étiologie du phénomène, sur la façon d'évaluer la possibilité de VPI et sur la réaction du clinicien lorsque le patient en parle, et sur la gamme d'interventions utiles en cas de VPI. Le sujet devrait être prévu au programme de perfectionnement professionnel continu. Les psychiatres devraient connaître et mettre en œuvre les lignes directrices que renferme le présent énoncé de principes de l'APC.
- La recherche devra continuer à explorer la question de la VPI au Canada, notamment dans certains sous-groupes particuliers de la population, et à évaluer l'efficacité des interventions visant la prévention et le traitement.
- L'Association des psychiatres du Canada devrait multiplier les occasions d'aborder le sujet avec d'autres organisations professionnelles du domaine de la santé (médecins de familles, urgentistes, orthopédistes, pédiatres, obstétriciens et gynécologues, dentistes, infirmières et travailleurs sociaux, par exemple) et des intervenants d'autres secteurs (services sociaux, éducation, services juridiques et médias) dans une optique d'échange des connaissances sur la prévention, les politiques et la pratique clinique eu égard à la VPI, de même que les interventions de défense des droits dans ce domaine. Il pourrait s'agir notamment de la sensibilisation du public au fait que la VPI est un déterminant critique de la santé mentale et de la censure des déclarations qui banalisent la VPI, ou la considère acceptable ou normale.

## Reconnaissance

Les D<sup>res</sup> Stewart, MacMillan et Wathen sont les chercheuses principales de PreVAiL, soutenu par une subvention de recherche sur le genre, la violence et la santé mentale des Instituts de recherche en santé du Canada (# RDG 399326).

## Références

1. Centers for Disease Control (CDC) and Prevention, National Centre for Injury Prevention and Control. Intimate partner violence: definitions [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2002 [mis à jour le 20 septembre 2010; cité le 5 mai 2012]. À l'adresse : <http://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/definitions.html>.
2. Organisation mondiale de la santé (OMS), London School of Hygiene and Tropical Medicine. Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes – Intervenir et produire des données. Genève (CH): OMS; 2012.

3. Stewart DE. World Psychiatric Association consensus statement on intimate partner violence against women. *World Psychiatry*. 2006;5:61–64.
4. Feder G, MacMillan HL. Intimate partner violence. Dans : Goldman L, Schaefer AL, éditeurs. *Goldman's Cecil medicine*. 24th ed. New York (NY): Elsevier Saunders; 2012. p 1571–1574.
5. Bishop J, Patterson PG. Guidelines for the evaluation and management of family violence. *Can J Psychiatry*. 1992;37:458–471.
6. Krug EG, Dahberg LL, Mercy JA et coll., éditeurs. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève (CH) : Organisation mondiale de la santé; 2002.
7. Garcia-Moreno C, Watts C. La violence envers les femmes : une urgence de santé publique. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*. 2011;89:2.
8. Centers for Disease Control (CDC) and Prevention, National Centre for Injury Prevention and Control. Intimate partner violence [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2011 [cité le 5 mai 2012]. À l'adresse : <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/IPVfactsheet>.
9. Varcoe C, Hankivsky O, Ford-Gilboe M et coll. Attributing selected costs to intimate partner violence in a sample of women who have left abusive partners: a social determinants of health approach. *Can Public Policy*. 2011;37:359–380.
10. Trevillion K, Oram S, Feder G et coll. Domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2012;7(12):e51740.
11. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;359:1331–1336.
12. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique. La violence familiale au Canada : un profil statistique [Internet]. Ottawa (ON): Statistique Canada; 2011 [cité le 6 mars 2012]. À l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/85-224-x2010000-fra.htm>, p 8.
13. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L et coll. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008;371:1165–1172.
14. Organisation mondiale de la santé (OMS). Étude multipays sur la santé des femmes et la violence domestique [Internet]. Genève (CH): OMS; 2005. À l'adresse : <http://www.who.int/publications/list/9242593516/fr/index.html>.
15. Statistique Canada. Enquête sociale générale (cycle 13). Ottawa (ON): Statistique Canada; 1999.
16. Carlile JB. Spouse assault on mentally disordered wives. *Can J Psychiatry*. 1991;36:265–269.
17. Dienemann J, Boyle E, Baker D et coll. Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. *Issues Ment Health Nurs*. 2000;21:499–513.
18. Heru AM, Stewart EL, Rainey S et coll. Prevalence and severity of intimate partner violence and associations with family functioning and alcohol abuse in psychiatric inpatients with suicidal intent. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:23–29.
19. Johnson MP. Conflict and control. *Violence Against Women*. 2006;12:1003–1018.
20. Ansara DL, Hindin MJ. Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Soc Sci Med*. 2010;70:1011–1018.
21. Hotton Mahony T. Les femmes et le système de justice pénale [Internet]. Ottawa (ON): Statistique Canada; 2010 [mis à jour le 24 février 2012; cité le 20 mai 2012]. À l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-503-x/2010001/article/11416-fra.htm>.
22. Milligan S. Le harcèlement criminel au Canada, 2009. Article de *Bulletin Juristat*. Composante du produit n° 85-005-X au catalogue de Statistique Canada [Internet]. Ottawa (ON): Statistique Canada; 2011 [cité le 6 mai 2012]. À l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-005-x/2011001/article/11407-fra.htm>.
23. Wuest J, Ford-Gilboe M, Merritt-Gray M et coll. Pathways of chronic pain in survivors of intimate partner violence. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010;19:1665–1674.
24. Wuest J, Ford-Gilboe M, Merritt-Gray M et coll. Abuse-related injury and symptoms of posttraumatic stress disorder as mechanisms of chronic pain in survivors of intimate partner violence. *Pain Med*. 2009;10:739–747.
25. Ford-Gilboe M, Wuest J, Varcoe C et coll. Modelling the effects of intimate partner violence and access to resources on women's health in the early years after leaving an abusive partner. *Soc Sci Med*. 2009;68:1021–1029.
26. Centre national d'information sur la violence dans la famille. La violence à l'égard des hommes dans les relations intimes [Internet]. Ottawa (ON): Agence de la santé publique du Canada; 2009 [cité le 5 mai 2012]. À l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/publications/mlintima-fra.php>.
27. Coxell AW, King MB. Male victims of rape and sexual abuse. *Sex Relation Ther*. 2010;25:380–391.
28. Johnson H. Assessing the prevalence of violence against women in Canada. *Stat J UN Econ Comm Eur*. 2005;22:225–238.
29. Wathen CN, Jamieson E, Wilson M et coll. Risk indicators to identify intimate partner violence in the emergency department. *Open Med*. 2007;1(2):e113–e122. À l'adresse : <http://www.openmedicine.ca/article/view/63/62>.
30. Royal College of Psychiatrists. Policy statement on domestic violence. Council Report CR102. London (GB): Royal College of Psychiatrists; 2002.
31. Fazel S, Singh JP, Doll H et coll. Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;345:e4692.
32. Webster C, Douglas K, Eaves D et coll. HCR-20: assessing risk for violence—version 2. Burnaby (BC): Simon Fraser University Mental Health, Law and Policy Institute; 1997.
33. Douglas KS, Ogloff JR, Nicholls TL et coll. Assessing risk for violence among psychiatric patients: the HCR-20 violence risk assessment scheme and the psychopathy checklist: screening version. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67:917–930.
34. Yoshioka MR, Choi DV. Culture and interpersonal violence research. *J Interpers Violence*. 2005;20:513–519.
35. Hassan G, Thombs BD, Rousseau C et coll. Intimate partner violence: evidence review for newly arrived immigrants and refugees. *CMAJ*. 2011;183(62):E959–E967. doi: 10.1503/cmaj.090313.
36. Ahmad F, Ali M, Stewart DE. Spousal-abuse among Canadian immigrant women. *J Immigr Health*. 2005;7:239–246.
37. Perreault S. La victimisation avec violence chez les Autochtones dans les provinces canadiennes. Article de *Bulletin Juristat*. Composante du produit n° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada [Internet]. Ottawa (ON): Statistique Canada; 2011 [cité le 6 mai 2012]. À l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2011001/article/11415-fra.htm>.
38. Brownridge DA. Understanding the elevated risk of partner violence against Aboriginal women: a comparison of two nationally representative surveys of Canada. *J Fam Violence*. 2008;23:353–367.
39. Centre national d'information sur la violence dans la famille. La violence familiale au sein des collectivités autochtones : une perspective autochtone. Ottawa (ON): Centre national d'information sur la violence dans la famille; 2007. N° de catalogue H7221/150–1997[E].
40. Brennan S. La victimisation avec violence chez les femmes autochtones dans les provinces canadiennes, 2009 [Internet]. Ottawa (ON): Statistique Canada; 2011 [cité le 6 mai 2012].

- À l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2011001/article/11439-fra.htm>.
41. Ard KL, Makadon HJ. Addressing intimate partner violence in lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *J Gen Intern Med*. 2011;26:930–933.
  42. Balsam KF, Lehavot K, Beadnell B. Sexual revictimization and mental health: a comparison of lesbians, gay men, and heterosexual women. *J Interpers Violence*. 2011;26:1798–1814.
  43. Nowinski SN, Bowen E. Partner violence against heterosexual and gay men. *Aggress Violent Behav*. 2012;17:36–52.
  44. Bartholomew K, Regan KV, White MA et coll. Patterns of abuse in male same-sex relationships. *Violence Vict*. 2008;23:617–636.
  45. Messinger AM. Invisible victims: same-sex IPV in the National Violence Against Women Survey. *J Interpers Violence*. 2011;26:2228–2243.
  46. Chesley LC, MacAulay D, Ristock J. La violence dans les relations lesbiennes – Information et ressources [Internet]. Ottawa (ON): Agence de la santé publique du Canada, Centre national d'information sur la violence dans la famille; 1998 [cité le 5 mai 2012]. À l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cnfv-cnivf/publications/femlesbi-fra.php>.
  47. Cohen MM, Forte T, Du Mont J et coll. Intimate partner violence among Canadian women with activity limitations. *Epidemiol Community Health*. 2005;59:834–839.
  48. Brownridge DA, Ristock J, Hiebert-Murphy D. The high risk of IPV against Canadian women with disabilities. *Med Sci Monit*. 2008;14:27–32.
  49. Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *CMAJ*. 1993;149:1257–1263.
  50. Muhajarine N, D'Arcy C. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *CMAJ*. 1999;160:1007–1011.
  51. Martin SL, Maekie L, Kupper LL et coll. Physical abuse of women before, during and after pregnancy. *JAMA*. 2001;285:1581–1584.
  52. Stewart DE. Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy. *CMAJ*. 1994;151:1601–1604.
  53. Heise LL. Reproductive freedom and violence against women: where are the intersections? *J Law Med Ethics*. 1993;21:206–216.
  54. Devries KM, Kishor S, Johnson H et coll. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*. 2010;18:158–170.
  55. Taylor R, Nabors EL. Pink or blue . . . black and blue? Examining pregnancy as a predictor of intimate partner violence and femicide. *Violence Against Women*. 2009;15:1273–1293.
  56. Macy RJ, Martin SL, Kupper LL et coll. Partner violence among women before, during, and after pregnancy: multiple opportunities for intervention. *Womens Health Issues*. 2007;17:290–299.
  57. Ministère de la Justice du Canada. Dating violence fact sheet [Internet]. Ottawa (ON): ministère de la Justice du Canada; 2003 [cité le 24 juillet 2012]. À l'adresse : <http://www.justice.gc.ca/eng/pi/fv-vf/facts-info/dati-freq.html>.
  58. Leonard KE, Quigley BM. Drinking and marital aggression in newlyweds: an event-based analysis of drinking and the occurrence of husband marital aggression. *J Stud Alcohol*. 1999;60:537–545.
  59. Testa M, Quigley BM, Leonard KE. Does alcohol make a difference? Within-participants comparison of incidents of partner violence. *J Interpers Violence*. 2003;18:735–743.
  60. Brecklin LR. The role of perpetrator alcohol use in the injury outcomes of intimate assaults. *J Fam Violence*. 2002;17:185–197.
  61. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*. 2005;365:519–530.
  62. Shillington AM, Cottler LB, Compton WM 3rd et coll. Is there a relationship between “heavy drinking” and HIV high risk sexual behaviours among general population subjects? *Int J Addict*. 1995;30:1453–1478.
  63. Loi VM, Huy VT, Minh NH et coll. Gender-based violence: the case of Vietnam [Internet]. Washington (DC): World Bank and Institute of Sociology; 1999 [cité le 2 juin 2012]. À l'adresse : <http://siteresources.worldbank.org/INTVIETNAM/Resources/Gender-Based-Violence.pdf>.
  64. Wingood GM, DiClemente RJ, Raj A. Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *Am J Preventative Med*. 2000;19:270–275.
  65. Field CA, Caetano R, Nelson S. Alcohol and violence related cognitive risk factors associated with the perpetration of intimate partner violence. *J Fam Violence*. 2004;19:249–253.
  66. Cohen MM, Maclean H. Violence against Canadian women. In *National Women's Health Surveillance Report*. JOGC. 2003;25:499–504.
  67. Leone JM, Johnson MP, Cohan CL et coll. Consequences of male partner violence for low income minority women. *J Marriage Fam*. 2004;66:472–490.
  68. Jordan CE. Violence and women's mental health: the pain unequalled. A two-part special issue. *Trauma Violence Abuse*. 2009;10:195–197.
  69. Jordan CE, Campbell R, Follingstad D. Violence and women's mental health: the impact of physical, sexual and psychological aggression. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:607–628.
  70. Basile KC, Arias I, Desai S et coll. The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *J Trauma Stress*. 2004;17:413–421.
  71. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *J Fam Violence*. 1999;6:81–95.
  72. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS et coll. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2012;75:959–975.
  73. Astbury J, Cabral M. Women's mental health: an evidence-based review [Internet]. Genève (CH): Organisation mondiale de la santé; 2000 [cité le 6 mai 2012]. À l'adresse : [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_MSD\\_MDP\\_00.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MDP_00.1.pdf).
  74. AuCoin K, Beauchamp D. Répercussions et conséquences de la victimisation, ESG 2004. Centre canadien de la statistique juridique. Numéro 85–002–XIF au catalogue. Ottawa (ON): Statistique Canada, Juristat; 2007;27(1).
  75. Afifi TO, MacMillan H, Cox BJ et coll. Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females. *J Interpers Violence*. 2009;24:1398–1417.
  76. Ehrensaft MK, Moffitt TE, Caspi A. Is domestic violence followed by an increased risk of psychiatric disorders among women but not men? A longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry*. 2006;163:885–892.
  77. Varcoe C, Dick S. intersecting risks of violence and HIV for rural and Aboriginal women in a neocolonial Canadian context. *J Aborig Health*. 2008;4:42–52.
  78. MacMillan HL, Jamieson E, Walsh CA et coll. First Nation women's mental health: results from an Ontario Survey. *Arch Womens Ment Health*. 2008;11:109–115.
  79. Sutherland C, Bybee D, Sullivan CM. Beyond bruises and broken bones: the joint effects of stress and injuries on battered women's health. *Am J Community Psychol*. 2002;30:609–636.
  80. Weaver T, Resnick H. Toward developing complex multivariate models for examining intimate partner violence–physical health relationship. *J Interpers Violence*. 2004;19:1342–1349.
  81. Bybee DL, Sullivan CM. The process through which an advocacy intervention resulted in positive change for battered women over time. *Am J Community Psychol*. 2002;30:103–132.



82. Hotton Mahony T. L'homicide au Canada, 2010. Composante du produit n° 85-002-x au catalogue [Internet]. Ottawa (ON): Statistique Canada, article de Juristat; 2011 [cité le 3 mai 2012]. À l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2011001/article/11561-fra.htm>.
83. Dawson M, Pottie-Bunge V, Balde T. National trends in intimate partner homicides: explaining declines in Canada 1976-2001. *Violence Against Women*. 2009;15:276-306.
84. Pottie-Bunge V. Tendances nationales des homicides entre partenaires intimes, 1974-2000. N° 85-002-XIF Vol. 22 n° 5 au catalogue [Internet]. Ottawa (ON): Statistique Canada, Juristat; 2002;22(5) [cité le 3 mai 2012]. À l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/85-002-x2002005-fra.pdf>.
85. Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2010;11:71-82.
86. Sheridan DJ, Nash KR. Acute injury patterns of intimate partner violence victims. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8:281-289.
87. Wuest J, Merritt-Gray M, Lent B et coll. Patterns of medication use among women survivors of intimate partner violence. *Can J Public Health*. 2007;98:460-464.
88. Cherniak D, Grant L, Mason R et coll.; groupe de travail sur la VPI. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). Déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime. *JOGC*. 2005;27(4):365-388. Comité sur les questions socio-sexuelles. Directives cliniques de la SOGC. À l'adresse : <http://sogc.org/fr/directives-cliniques/declaration-de-consensus-sur-la-violence-exercee-par-le-partenaire-intime/>.
89. Shah PS, Shah J. Knowledge synthesis group on determinants of preterm/LBW births. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010;19:2017-2031.
90. Campbell J, Torres S, Ryan J et coll. Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies: a multiethnic case-control study. *Am J Epidemiol*. 1999;150:714-726.
91. Murphy CC, Schei B, Myhr TL et coll. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2001;164:1567-1567.
92. Gilbert R, Widom CS, Brown K et coll. Burden and consequences of child maltreatment in high income countries. *Lancet*. 2009;373:68-81.
93. Gilbert R, Fluke J, O'Donnell M et coll. Child maltreatment: variation in trends and policies in six developed countries. *Lancet*. 2012;379:758-772.
94. Kitzmann KM, Graylord NK, Hottar et coll. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71:339-352.
95. Evans SE, Davies C, DiLillo D. Exposure to domestic violence: a meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggress Violent Behav*. 2008;13:131-140.
96. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ et coll. Exposure to abuse, neglect and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence Vict*. 2002;17:3-17.
97. Doumas G, Margolin G, John RS. The intergenerational transmission of aggression across three generations. *J Fam Violence*. 1994;9:157-175.
98. Schwartz JP, Hage SM, Bush I et coll. Unhealthy parenting and potential mediators as contributing factors to future intimate violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2006;7:206-221.
99. Stith SM, Rosen KH, Middleton KA et coll. The intergenerational transmission of spouse abuse: a meta-analysis. *J Marriage Fam*. 2000;62:640-654.
100. Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J et coll. Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71:741-753.
101. Carr JL, VanDeusen KM. The relationship between family of origin in violence and dating violence in college men. *J Interpers Violence*. 2002;17:630-646.
102. Margolin G. Effects of witnessing violence on children. Dans: Trickett PK, Schellenbach CJ, éditeurs. *Violence against children in the family and the community*. Washington (DC): American Psychological Association; 1998. p 57-102.
103. McCloskey LA, Figueredo AJ, Koss MP. The effects of systematic family violence on children's mental health. *Child Dev*. 1995;66:1239-1261.
104. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E et coll. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 2009;302:493-501.
105. Klevens J, Kee R, Trick W et coll. Effect of screening for partner violence on women's quality of life: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2012;308:681-689.
106. Wathen CN, MacMillan HL. Health care's response to women exposed to partner violence: moving beyond universal screening. *JAMA*. 2012;308:712-713.
107. Feder G, Ramsay J, Dunne D et coll. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess*. 2009;13:iii-iv, xi-xiii, 1-113, 137-347.
108. Institute of Medicine. *Clinical preventive services for women: closing the gaps*. Washington (DC): The National Academies Press; 2011.
109. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the 2004 US Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med*. 2012;156:796-808.
110. Registered Nurses' Association of Ontario. *Woman abuse: screening, identification, and initial response [guideline supplement]*. International affairs & best practice guidelines. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2012.
111. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Intimate partner violence. Committee opinion 518*. *Obstet Gynecol*. 2012;119:412-417.
112. Burke JG, Denison JA, Gielen AC et coll. Ending intimate partner violence: an application of the transtheoretical model. *Am J Health Behav*. 2004;4:28:122-132.
113. Dienemann J, Glass N, Hanson G et coll. The Domestic Violence Survivor Assessment (DVSA): a tool for individual counseling with women experiencing intimate partner violence. *Issues Ment Health Nurs*. 2007;8:9113-9125.
114. Feder GS, Hutson M, Ramsay J et coll. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Int Med*. 2006;166:22-37.
115. Walsh Z, Swogger MT, O'Connor BP et coll. Subtypes of partner violence perpetrators among male and female psychiatric patients. *J Abnorm Psychol*. 2010;119:563-574.
116. Ferris L, McMain-Klein M, Silver J. Documenting wife abuse: a guide for physicians. *CMAJ*. 1997;156:1015-1022.
117. Ramsay J, Carter Y, Davidson L et coll. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;3:CD005043.
118. Kubany ES, Hill EE, Owens JA et coll. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72:3-16.
119. Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N et coll. What is resilience? *Can J Psychiatry*. 2011;56:258-265.



120. Hegarty K, Taft A, Feder G. Violence between partners: working with the whole family. *BMJ*. 2008;337:346–351.
121. Dunford FW. The San Diego Navy experiment: an assessment of interventions for men who assault their wives. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:468–476.
122. Lieberman AF, Van Horn P, Ippen CG. Toward evidence-based treatment: child–parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:1241–1248.
123. Lieberman AF, Ghosh Ippen C et coll. Child–parent psychotherapy: 6 month follow-up of a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45:913–918.
124. Jouriles EN, McDonald R, Rosenfield D et coll. Reducing conduct problems among children exposed to intimate partner violence: a randomized clinical trial examining effects of Project Support. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77:705–717.
125. Sullivan CM, Bybee DI, Allen NE. Findings from a community-based program for battered women and their children. *J Interpers Violence*. 2002;17:915–936.
126. Cohen JA, Mannarino AP, Iyengar S. Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165:16–21.
127. Bybee B, Sullivan CM. Predicting re-victimization of battered women 3 years after exiting a shelter program. *Am J Community Psychol*. 2005;36:85–96.
128. Organisation mondiale de la santé (OMS). Violence and injury prevention: intervening with perpetrators of intimate partner violence: a global perspective [Internet]. Genève (CH): OMS; 2003 [cité le 20 mai 2012]. À l'adresse : [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/intervening/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/intervening/en/).
129. Holt VL, Kernic MA, Lumley T et coll. Civil protection orders and risk of subsequent police-reported violence. *JAMA*. 2002;288:589–594.
130. Wolfe DA, Crocks C, Jaffe P et coll. A school-based program to prevent adolescent dating violence: a cluster randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163:692–699.
131. Robinson AL. Reducing repeat victimization among high-risk victims of domestic violence: the benefits of a coordinated community response in Cardiff, Wales. *Violence Against Women*. 2006;12:761–788.
132. Robinson AL, Tregidga J. The perceptions of high-risk victims of domestic violence to a coordinated community response in Cardiff, Wales. *Violence Against Women*. 2007;13:1130–1148.
133. Tiwari A, Leung WC, Leung TW, et al. A randomized controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *BJOG*. 2005;112:1249–1256.
134. Kiely M, El-Mohandes AA, El-Khorazaty MN et coll. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2010;115:273–283.
135. Association canadienne d'orthopédie. Violence conjugale [Internet]. Westmount (QC): Association canadienne d'orthopédie; 2009 [cité le 25 mai 2012]. À l'adresse : <http://www.coa-aco.org/fr/documentation/politique-en-matiere-de-sante/violence-conjugale.html>.
136. Wathen CN, Tanaka M, Catalo C et coll. Are clinicians being prepared to care for abused women? A survey of health professional education in Ontario, Canada. *BMC Med Educ*. 2009;9:34.
137. Kirmayer LJ, Fung K, Rousseau C et coll; Association des psychiatres du Canada. Directives pour la formation en psychiatrie culturelle [énoncé de principes]. *Can J Psychiatry*. 2012;57(3 encart 1):1–16.