

Prévention de la violence envers les femmes

Recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

C. Nadine Wathen, Harriet L. MacMillan et le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Recommandations

- On dispose de données insuffisantes pour recommander de procéder à un dépistage universel d'office de la violence envers les femmes, enceintes ou non (recommandation de catégorie I). Par contre, durant l'examen médical, les médecins doivent vérifier la présence de signes et symptômes potentiels d'abus et peuvent demander à la patiente si elle en est ou en a été victime.
- On dispose de données insuffisantes pour recommander les interventions thérapeutiques primaires suivantes dans le but de prévenir la violence envers les femmes, enceintes ou non, bien que toute décision à cet égard puisse être prise par le médecin et sa patiente, pour d'autres motifs :
 - counselling (recommandation de catégorie I)
 - orientation vers un refuge (recommandation de catégorie I)
 - thérapie individuelle ou orientation professionnelle (recommandation de catégorie I)
- On dispose de données raisonnables (degré I), pour orienter les femmes ayant passé au moins une nuit dans un refuge vers un programme structuré de défense de leurs intérêts (recommandation de catégorie B). Un service structuré multiphase de défense des intérêts des patientes ayant été hébergées dans un refuge est décrit par Sullivan et Bybee¹. À notre connaissance, aucun programme de ce type n'existe actuellement au Canada.
- On dispose de données insuffisantes pour recommander de procéder à un dépistage auprès des abuseurs potentiels (recommandation de catégorie I).
- On dispose de données contradictoires quant à l'efficacité des interventions menées auprès des agresseurs (avec ou sans la participation de leur conjointe) pour ce qui est de réduire le taux de violence à l'endroit des femmes (recommandation de catégorie C).

Au Canada, la prévalence annuelle des actes de violence perpétrés contre les femmes est d'environ 8 % chez les femmes qui ne sont pas enceintes² et de 6 à 8 % chez celles qui le sont^{3,4}. Aux fins de la présente analyse et des recommandations qui en découlent, la violence envers les femmes se définit comme une agression physique ou psychologique commise à l'endroit d'une femme par son conjoint, y compris la

violence lors des rapports sexuels et durant la grossesse. Parmi les femmes victimes de violence, 25 % se font battre, 20 % se font saisir à la gorge et 20 % sont victimes d'abus sexuels. Des blessures sont infligées à 40 % d'entre elles et 15 % reçoivent des soins médicaux par suite de la violence exercée par leur conjoint. Outre la violence physique, 19 % des femmes sont victimes de cruauté mentale et de com-

portements contrôlants y compris de nature économique⁵. La cruauté mentale est en très forte corrélation avec la violence physique. Sur une durée de cinq ans, les taux de violence sont dix fois plus élevés chez les femmes victimes de cruauté mentale que chez celles qui ne signalent pas ce type d'abus². Les femmes qui subissent la violence d'un conjoint sont exposées à un risque plus grand de blessure et de mortalité, de même qu'à tout un éventail de problèmes d'ordre physique, psychologique et social⁶. La violence durant la grossesse est aussi associée à des problèmes tant chez la mère que chez l'enfant, notamment le faible poids à la naissance⁷.

Interventions

Les interventions suivantes ont été évaluées :

- En médecine de premier recours, dépistage auprès de toutes les femmes, y compris les femmes enceintes, afin d'identifier la violence du conjoint.
- Interventions auprès des femmes victimes de violence.
- Programmes thérapeutiques à l'intention des hommes violents.

Avantages potentiels

- Réduire l'incidence de la violence physique, sexuelle et psychologique exercée par des hommes contre leur conjointe.
- Accroître l'utilisation de comportements sécuritaires, de diverses formes de soutien social, des ressources de la communauté par les femmes.

Preuves et sommaire clinique

- Plusieurs instruments de dépistage dotés de propriétés psychométriques acceptables ont été mis au point⁸⁻¹⁵, y compris des questionnaires brefs¹⁶⁻¹⁸ pour les contextes de soins primaires¹⁶ et de soins d'urgence¹⁷ et d'autres pour les femmes enceintes¹⁹. Par contre, à l'heure actuelle, on dispose de données insuffisantes pour confirmer que le dépistage permet bel et bien de réduire la violence envers les femmes ou ses répercussions négatives. De plus, les données sur les risques potentiels du dépistage sont insuffisantes. Ces observations concordent avec celle d'une autre analyse systématique récente²⁰.
- Quatre types d'interventions à l'intention des femmes victimes de violence ont été évaluées à l'intérieur parmi les options qui peuvent être proposées par le médecin de soins primaires : refuges, organismes de défense des intérêts des patientes à leur sortie du refuge, thérapies individuelles/orientation professionnelle et counselling prénatal. Aucun critère assez rigoureux n'existe pour confirmer l'efficacité des refuges à réduire l'incidence de la violence. En ce qui concerne les femmes qui ont passé au moins une nuit dans un refuge, on dispose de données acceptables selon lesquelles celles qui ont bénéficié par la suite des services d'un programme de défense de leurs intérêts ont signalé moins d'incidents violents et une meilleure qualité de vie au cours des deux années suivantes comparativement aux femmes qui n'avaient pas eu accès à de tels services¹.
- Les programmes à l'intention des agresseurs, seuls ou en couples, représentent la majeure partie des interventions. Parmi les dix études et la revue qui ont porté sur ces programmes, un seul essai contrôlé et randomisé a été jugé assez rigoureux²¹. Cet essai (le *San Diego Navy Experiment*) a révélé que trois programmes à l'intention des abuseurs, de leur conjointe ou des couples (séances hebdomadaires pour hommes et groupe mixte composé de couples, avec suivi et séances de thérapie individuelle) n'a fait état d'aucune réduction de la violence au sein des groupes traités comparativement au groupe témoin. Malgré l'excellent degré de validité interne de cet essai, on ignore dans quelle mesure les conclusions sont applicables à la population générale puisqu'il portait exclusivement sur des couples de la marine américaine. Les autres études de cette catégorie ont été jugées de qualité insuffisante sur le plan de la méthodologie.
- Il faudra sans conteste procéder très bientôt à d'autres recherches rigoureuses pour mesurer l'effet des interventions contre la violence domestique sur les principaux paramètres cliniques.
- Le document intitulé *Guide traitant des femmes victimes de violence et du système canadien de justice pénale : lignes directrices à l'intention des médecins* est une excellente ressource qui offre une vue d'ensemble des manifestations cliniques des agressions physiques²² et psychologiques²³.

Risque potentiel

- Représailles exercées par les hommes contre leur conjointe si elle cherche de l'aide.
- Incapacité de déceler la violence (soit par l'absence de dépistage, soit par l'obtention de résultats faussement négatifs au dépistage)

Recommandations d'autres instances

En 1996, le *US Preventive Services Task*

Force a conclu que les données sont insuffisantes pour recommander de recourir à des outils de dépistage spécifiques dans le but de déceler la violence domestique, bien que l'on suggère aux médecins de surveiller les signes d'abus et d'utiliser des questions pour un dépistage sélectif selon le cas²⁴. Le *Council on Scientific Affairs* de l'*American Medical Association* préconise un dépistage d'office en médecine de premier recours,

de même qu'une approche structurée de documentation et de renvoi aux ressources communautaires appropriées²⁵. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada préconise un fort degré de suspicion clinique et décrit les symptômes physiques et psychologiques susceptibles d'être présents à l'examen²⁶. Sans encourager directement le dépistage d'office, la SOGC propose un bref questionnaire à utiliser lors de l'anamnèse. L'*American College of Obstetricians and Gynecologists* adopte une approche similaire²⁷. Les deux groupes ont aussi établi une marche à suivre pour le counselling (y compris un système de prévention planifiée), l'orientation et le suivi de ces patientes. Une approche de dépistage similaire est aussi préconisée par l'*American Academy of Pediatrics*²⁸.

Nadine Wathen est coauteure de l'analyse systématique des données. Elle a rédigé l'ébauche de cet article et procédé aux révisions subséquentes. Harriet MacMillan est coauteure de l'analyse systématique des données. Elle a rédigé le résumé critique du présent article et passé en revue les révisions subséquentes. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a passé en revue les données et rédigé ses recommandations conformément à sa méthodologie et à son processus consensuel.

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs est un comité indépendant subventionné par Santé Canada.

Cette politique se fonde sur le rapport technique Prévention et traitement de la violence faite aux femmes : revue systématique et recommandations, par H.L. MacMillan et C.N. Wathen du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Le rapport technique complet est disponible en ligne (www.ctf-phc.org/Sections/Domestic_violence.htm) ou auprès du bureau du Groupe (ctf@ctfphc.org).

Harriet MacMillan bénéficie du soutien de la chaire de recherche clinique Wyeth Canada des IRSC en santé mentale féminine.

Références

1. Sullivan CM, Bybee DI. Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(1):43-53.
2. Centre canadien de la statistique juridique. La violence familiale au Canada: profil statistique 2000. Ottawa: Statistique Canada; 2000. Cat no 85-224-XIF.
3. Muhajarine N, D'Arcy C. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *CMAJ* 1999;160(7):1007-11.
4. Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *CMAJ* 1993;149(9):1257-63.
5. Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women: scientific review. *JAMA* 2003;289(5):589-600.
6. Eisenstat SA, Bancroft L. Domestic violence. *N Engl J Med* 1999;341(12):886-92.
7. Murphy CC, Schei B, Myhr TL, Du Mont J. Abuse: A risk factor for low birth weight? A sys-

- tematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2001;164(11):1567-72.
8. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised conflict tactics scales (CTS2): development and preliminary psychometric data. *J Fam Issues* 1996;17(3):283-316.
 9. Attala JM, Hudson WW, McSweeney M. A partial validation of two short-form Partner Abuse Scales. *Women Health* 1994;21(2-3):125-39.
 10. Hegarty K, Sheehan M, Schonfeld C. A multidimensional definition of partner abuse: development and preliminary validation of the composite abuse scale. *J Fam Violence* 1999;14(4):399-415.
 11. Hudson WW, McIntosh SR. The assessment of spouse abuse: two quantifiable dimensions. *J Marriage Fam* 1981;3(4):873-85.
 12. Poteat GM, Grossnickle WF, Cope JG, Wynne DC. Psychometric properties of the Wife Abuse Inventory. *J Clin Psychol* 1990;46:828-34.
 13. Rosenburg FA, Fantuzzo JW. The measure of wife abuse: steps toward the development of a comprehensive assessment technique. *J Fam Violence* 1993;8(3):203-27.
 14. Shepard MF, Campbell JA. The abusive behavior inventory: a measure of psychological and physical abuse. *J Interpers Violence* 1992;7(3):291-305.
 15. Yegidis BL. *Abuse risk inventory manual*. Palo Alto (CA): Consulting Psychologist Press; 1989.
 16. Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Fam Med* 1996;28(6):422-8.
 17. Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA* 1997;277(17):1357-61.
 18. Koziol-McLain J, Coates CJ, Lowenstein SR. Predictive validity of a screen for partner violence against women. *Am J Prev Med* 2001;21(2):93-100.
 19. Norton LB, Peipert JF, Zierler S, Lima B, Hume L. Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods. *Obstet Gynecol* 1995;85(3):321-5.
 20. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ* 2002;325:314.
 21. Dunford FW. The San Diego Navy experiment: an assessment of interventions for men who assault their wives. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(3):468-76.
 22. Ferris LE, Nurani A, Silver L., Guide traitant des femmes victimes de violence et du système canadien de justice pénale : lignes directrices à l'intention des médecins, Ottawa: Centre national d'information sur la violence dans la famille; 1999, disponible : www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/html/physician/french/index.htm (consulté le 31 juillet 2003).
 23. Ferris LE, Nurani A, Silver L. Manifestations psychologiques de la violence faite aux femmes. Dans : Guide traitant des femmes victimes de violence et du système canadien de justice pénale : lignes directrices à l'intention des médecins, Ottawa: Centre national d'information sur la violence dans la famille; 1999, disponible : www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/html/physician/french/index.htm (consulté le 31 juillet 2003).
 24. US Preventive Services Task Force. Screening for family violence. In: *Guide to clinical preventive services*, 2^e éd., Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 556-65.
 25. American Medical Association, Council on Scientific Affairs. Violence against women: relevance for medical practitioners. *JAMA* 1992;267(23):3184-9.
 26. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Violence against women* [Politique 46]. Ottawa: The Society; 1996.
 27. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Domestic violence* [Technical Bulletin 209]. Washington: The College; 1995.
 28. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The role of the pediatrician in recognizing and intervening on behalf of abused women. *Pediatrics* 1998;101(6):1091-2.

Veillez adresser toute correspondance à :
 Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 117-100 Collip Circle, London ON N6G 4X8; téléc. : 519 858-5112; ctf@ctfphc.org

Les membres du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Président : Dr John W. Feightner, professeur, département de médecine familiale, Université Western Ontario, London, Ont. **Vice-président :** Dr Harriet MacMillan, professeure agrégée, département de psychiatrie et de neurosciences du comportement et de pédiatrie, Canadian Centre for Studies of Children at Risk, Université McMaster, Hamilton, Ont. **Membres :** Dr Paul Bessette, professeur titulaire, département d'obstétrique-gynécologie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.; R. Wayne Elford, professeur émérite, département de médecine familiale, Université de Calgary, Calgary, Alta.; Denice Feig, professeure adjointe, département d'endocrinologie, Université de Toronto, Toronto, Ont.; Joanne Langley, professeure agrégée, département de pédiatrie, Université Dalhousie, Halifax, N.-É.; Valerie Palda, professeure adjointe, département de médecine interne générale, Université de Toronto, Toronto, Ont.; Christopher Patterson, professeur, division de médecine gériatrique, département de médecine, Université McMaster, Hamilton, Ont. et Bruce A. Reeder, professeur, département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université de la Saskatchewan, Saskatoon, Sask. **Personnes-ressources :** Nadine Wathen, coordonnatrice; Ruth Walton, associée de recherche et Jana Fear, assistante de recherche, Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, département de médecine familiale, Université Western Ontario, London, Ont.