



**Synthèse de la revue documentaire
systématique sur la violence conjugale**



Synthèse de la revue documentaire systématique sur la violence conjugale

Remerciements

Les lignes directrices sur la violence conjugale du projet VEGA ont été élaborées à partir du document produit par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sous le titre *Clinical and Policy Guidelines for Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women, 2013 (Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques)*¹.

Suivant le processus d'élaboration des lignes directrices de VEGA, les données ont été mises à jour par un comité d'experts composé des personnes suivantes : Marilyn Ford-Gilboe, IA, Ph. D. (présidente); Donna Stewart, M.D., VEGA (responsable du groupe de la revue documentaire sur la violence conjugale); Nadine Wathen, Ph. D. (co-chef du projet VEGA); Harriet MacMillan, C.M., M.D. (chef du projet VEGA); Jen MacGregor, Ph. D. (associée de recherche), ainsi que par les membres du groupe de la revue documentaire sur la violence conjugale de VEGA : Paula Barata, Ph. D.; Prabha Chandra, M.D., MBBS; Siàn Oram, Ph. D.; Claudia Garcia-Moreno, M.D., M.Sc.; Kelsey Hegarty, MBBS, Ph. D.; Colleen Varcoe, IA, Ph. D.; Simone Vigod, M.D., M.Sc.

Le financement du projet VEGA a été assuré par l'Agence de la santé publique du Canada¹.

Pour citer cette publication : Projet VEGA. *Synthèse de la revue documentaire systématique sur la violence conjugale*, 2016, Université McMaster, Hamilton (ON).

© [2014-2020]. Projet VEGA, Université McMaster. Le présent document peut être utilisé à des fins éducatives personnelles seulement. Aucune partie de ce document ne peut être modifiée, adaptée, traduite, rééditée, remaniée ou utilisée à des fins commerciales sans l'autorisation écrite expresse de l'Université McMaster. Les renseignements contenus dans le document sont fournis « tels quels » à des fins éducatives uniquement et ne font l'objet d'aucune déclaration ou garantie explicite ou implicite. Par conséquent, toute action fondée sur les renseignements contenus dans le document est prise à vos propres risques. Les auteurs et l'Université McMaster ne peuvent être tenus responsables des pertes et dommages qui pourraient découler de l'utilisation des renseignements fournis dans le document.

Veuillez acheminer toute question concernant le présent document à l'adresse suivante : VEGA@mcmaster.ca.

¹ Les opinions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement celles du bailleur de fonds, l'Agence de la santé publique du Canada.

Contents

Introduction	4
Sommaire des lignes directrices pour identifier la violence conjugale et y répondre	6
1. Identification de la violence conjugale	7
<i>a) Identification des personnes qui vivent de la violence conjugale</i>	7
<i>b) Identification des adultes qui vivent de la violence sexuelle dans une relation intime</i>	8
<i>c) Identification des partenaires violents</i>	9
2. Interventions en matière de violence conjugale	9
<i>a) Maisons d'hébergement et maisons de transition</i>	9
<i>b) Interventions en défense des droits</i>	10
<i>c) Interventions psychologiques</i>	12
<i>TCC et EMDR</i>	12
<i>Autres interventions fondées sur des données probantes</i>	12
<i>d) Recommandations pour des groupes particuliers</i>	14
<i>Interventions pour les femmes enceintes</i>	14
<i>Interventions de soutien par les pairs</i>	14
<i>Interventions pour hommes ayant recours à la violence dans leurs relations</i>	15
<i>Interventions de couple</i>	16

Introduction

La violence conjugale est un problème répandu qui a de lourdes répercussions sur la santé et le bien-être²⁻⁵. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la violence conjugale englobe de nombreuses formes de violence physique, psychologique/émotionnelle et sexuelle, y compris des comportements de contrôle comme la manipulation financière¹. D'autres comportements, comme le harcèlement, peuvent également être considérés comme des formes de violence conjugale⁶.

Le projet VEGA (Violence, Éléments factuels, Guidance, Action) offre des lignes directrices sur la violence entre conjoints dans le cadre d'une relation intime, y compris la violence sexuelle mais non la violence dans les fréquentations. Les causes et les conséquences (notamment sur la santé) de la violence conjugale sont sexospécifiques. En effet, la majorité des études se sont intéressées aux interventions 1) pour femmes ayant été exposées à la violence d'un conjoint masculin, 2) pour hommes ayant recours à la violence dans leurs relations (la thérapie de couple s'adressant généralement à des couples hétérosexuels où la femme subit la violence et l'homme utilise la violence dans la relation). Très peu d'études (dont aucune ne satisfaisant aux critères de notre analyse) font état d'interventions pour les couples homosexuels, les hommes maltraités et les femmes violentes, et les personnes de diverses identités de genre. En ce qui concerne la violence sexuelle dans une relation intime, les données disponibles portent sur les femmes qui en sont victimes. Pour ces raisons, les réponses immédiates que nous abordons ci-dessous sont spécifiques aux femmes.

Les lignes directrices sur la violence conjugale du projet VEGA ont été élaborées à partir du document de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) intitulé *Clinical and Policy Guidelines for Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women, 2013 (Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques)*¹. Outre les recommandations de l'OMS, VEGA a analysé des sources récentes d'interventions qui s'adressent expressément aux adultes vivant de la violence conjugale.

Nous avons systématiquement évalué et résumé les études disponibles, notamment à l'aide d'un processus adapté d'après la méthode GRADE⁷, avec les experts en la matière du groupe de la revue documentaire sur la violence conjugale de VEGA, dans le but de formuler des énoncés d'orientation pour l'identification et l'intervention/la référence. Nous avons cherché à adapter les lignes directrices au contexte canadien dans le cadre de discussions qui se poursuivront avec le comité national d'orientation et de mise en œuvre (NGIC).

Dans les cas où les données probantes étaient insuffisantes, nous avons fourni des énoncés de bonnes pratiques⁸. Fondés sur les meilleures études disponibles et le jugement clinique d'experts, ces énoncés visent à aider les professionnels de la santé et des services sociaux à identifier les adultes qui vivent de la violence et à leur offrir les réponses appropriées, ainsi qu'à répondre de manière appropriée lorsqu'ils se trouvent en présence de partenaires qu'ils soupçonnent ou savent être violents. Étant donné la nature interreliée de la violence conjugale et de l'exposition des enfants à la violence conjugale, il importe de se rappeler que l'enfant et le parent non responsable de la violence ont tous deux besoin de soins et de soutien. Dans certains cas, nos énoncés d'orientation en matière de soins établissent donc un lien explicite entre le parent non responsable de la violence (habituellement la mère) et l'enfant. À ce sujet également, précisons que certaines

interventions s'adressent à la fois aux femmes et aux enfants qui vivent dans un contexte de violence conjugale – les études démontrant les résultats pour les femmes sont incluses dans le présent ensemble d'énoncés d'orientation, tandis que celles démontrant les résultats pour les enfants sont incluses dans les énoncés d'orientation concernant l'exposition des enfants à la violence conjugale. Dans ces cas (c'est-à-dire, pour les interventions Défense des droits et Maisons d'hébergement), les énoncés d'orientation sont liés de manière explicite.

Sommaire des lignes directrices pour identifier la violence conjugale et y répondre

Identification et réponse initiale	Recommandation	Commentaires
Recommended		
Identification des personnes vivant de la violence conjugale	L'identification au moyen d'un examen proactif (défini ci-dessous) est recommandée. Les professionnels de la santé et des services sociaux doivent s'informer d'une possible exposition à la violence conjugale lorsqu'une personne présente un problème de santé qui pourrait avoir été causé ou aggravé par la violence conjugale. Plus particulièrement dans un contexte de soins périnataux, de soins en santé mentale et de soins en toxicomanie, les professionnels peuvent poser des questions en lien avec la violence conjugale durant la rencontre d'évaluation et aux rendez-vous subséquents, au besoin.	Le « dépistage universel » ou la « recherche systématique d'informations » (interrogation à chaque rencontre de soins de santé ou de services sociaux) <u>ne</u> doivent <u>pas</u> être appliqués. [Selon les Recommandations de l'OMS, 2013 et l'analyse d'études récentes]
Identification des partenaires violents	Les professionnels de la santé et des services sociaux doivent se montrer prudents lorsqu'ils envisagent de discuter avec des partenaires potentiellement violents. Des lignes directrices sont fournies ci-dessous pour les situations où le recours à la violence dans une relation est soupçonné, confirmé ou dévoilé.	Énoncés de bonnes pratiques.
Interventions	Recommandation	Commentaires
Recommandées		
Maisons d'hébergement et de transition pour les femmes maltraitées* et les enfants *Toutes les interventions existantes examinées s'adressaient aux femmes maltraitées.	Les maisons d'hébergement pour femmes offrent un lieu sûr aux femmes qui courent un risque immédiat et à leurs enfants.	Idéalement, une démarche de planification de la sécurité sera entreprise avec la femme afin de déterminer si un séjour en maison d'hébergement ou dans un autre lieu sûr est ce qui convient le mieux. Le document Synthèse de la revue documentaire systématique sur l'exposition des enfants à la violence conjugale donne des recommandations parallèles sur les maisons d'hébergement.

<p>Défense des droits pour femmes* et enfants exposés à de la violence conjugale</p> <p>*Toutes les interventions existantes examinées s'adressaient aux femmes maltraitées.</p>	<p>Les professionnels doivent référer vers des services de défense des droits les personnes qui révèlent une situation de violence conjugale, en particulier celles qui vivent de la violence conjugale durant la période périnatale.</p>	<p>Les interventions en matière de défense des droits pour les enfants exposés à de la violence conjugale (et leur mère) sont recommandées lorsqu'elles sont jugées appropriées pour les femmes exposées à de la violence conjugale. Le document Synthèse de la revue documentaire systématique sur l'exposition des enfants à la violence conjugale donne des recommandations parallèles sur la défense des droits et la planification de la sécurité.</p>
<p>Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR)</p>	<p>Des interventions psychologiques pour personnes atteintes d'un trouble mental diagnostiqué, y compris une intervention TCC ou EMDR particulière, peuvent être envisagées pour les adultes exposés à de la violence conjugale qui présentent des symptômes de stress post-traumatique.</p>	<p>Les avis diffèrent à savoir si l'EMDR doit être considérée comme un type de TCC ¹¹.</p>
<p>Autres interventions fondées sur des données probantes</p>	<p>À la suite d'une évaluation par un professionnel qualifié, il peut être nécessaire de référer les adultes exposés à de la violence conjugale qui présentent des problèmes ou symptômes particuliers (par exemple, une dépression) ou d'autres problématiques (par exemple, l'usage de substances) vers des traitements fondés sur des données probantes. Selon les études disponibles, il n'est pas recommandé d'orienter les adultes exposés à de la violence conjugale vers d'autres interventions simplement en raison de cette exposition. La recommandation d'une intervention doit s'appuyer sur une évaluation des besoins de la personne.</p>	<p>Le traitement doit être conforme au Guide d'intervention mhGAP de l'OMS¹² et/ou aux guides de pratique clinique en vigueur à l'échelle nationale ou propres à la profession, et il doit être dispensé par des professionnels qui ont une bonne compréhension de la violence conjugale et de ses conséquences.</p>

Interventions visant des groupes particuliers

Recommandées

<p>Femmes enceintes</p>	<p>Envisager des services de counselling et de défense des droits/soutien de courte ou moyenne durée pour les femmes enceintes qui dévoilent une situation de violence conjugale.</p>	<p>On ne peut confirmer l'applicabilité de cette recommandation en dehors du contexte de soins prénataux.</p>
-------------------------	---	---

Ne peuvent être recommandées ni déconseillées

<p>Interventions de soutien par les pairs</p>	<p>Les données disponibles sont insuffisantes pour recommander ou déconseiller les interventions de soutien par les pairs aux adultes exposés à de la violence conjugale.</p>	
---	---	--

Interventions pour hommes ayant recours à la violence dans leurs relations	Les données disponibles sont insuffisantes pour recommander ou déconseiller les interventions s'adressant aux hommes qui utilisent la violence dans leurs relations (c'est-à-dire, qui « commettent » des actes de violence).	
Non recommandées		
Interventions de couple	Les interventions de couple ne sont pas recommandées.	Les données disponibles n'établissent pas l'efficacité des interventions de couple, et ce type d'intervention pourrait être préjudiciable aux femmes, en particulier. Le professionnel doit tenir compte du type de violence présent dans une relation (conflit vs contrainte à des fins de contrôle) lorsqu'il envisage des options thérapeutiques pour un couple.

1. Identification de la violence conjugale

Les avantages potentiels liés à l'identification des personnes exposées à la violence conjugale sont complexes et requièrent que l'identification soit effectuée d'une manière sécuritaire par un professionnel qualifié de la santé ou des services sociaux.

a) Identification des personnes qui vivent de la violence conjugale

Le dépistage universel ou la recherche systématique d'informations pour identifier les personnes ayant vécu de la violence conjugale ne sont pas recommandés. (Recommandation de l'OMS et résultats complémentaires provenant d'essais cliniques randomisés ultérieurs.)

L'identification de la violence conjugale au moyen d'un **examen proactif** est recommandée. Les professionnels de la santé et des services sociaux doivent poser des questions au sujet de la violence conjugale en présence d'indicateurs potentiels, y compris :

- 1) des signes et symptômes découlant directement d'une exposition à de la violence conjugale (blessures, symptômes de dépression ou de stress post-traumatique, douleur chronique);
- 2) des indices ou indicateurs comportementaux chez l'adulte maltraité (par exemple, annulation de rendez-vous à répétition, recours accru aux services de santé, consultation du partenaire durant la visite, explications invraisemblables à propos d'une blessure physique) et/ou chez le partenaire violent (présence constante, répond à la place du partenaire et autres comportements de contrôle);
- 3) des indicateurs de risque particuliers fondés sur des données probantes (par exemple, abus d'alcool ou de drogues, séparation récente, pression financière, propos sexistes classiques).

Plus particulièrement dans un contexte de soins périnataux, de soins en santé mentale et de soins en toxicomanie, les professionnels de la santé et des services sociaux peuvent poser des questions en lien avec la violence conjugale durant la rencontre d'évaluation et aux rendez-vous subséquents, au besoin.

b) Identification des adultes qui vivent de la violence sexuelle dans une relation intime

Lorsque des femmesⁱⁱ révèlent une agression sexuelle dans un contexte de violence conjugale, d'autres mesures particulières sont recommandées (décrites ci-dessous). La technique de verbalisation psychologique (*psychological debriefing*) ne doit pas être utilisée; les réponses doivent respecter le choix des femmes et appuyer une prise de décision éclairée.

Selon les Recommandations de l'OMS (2013), les mesures suivantes sont recommandées dans les milieux de soins de santé (les autres professionnels qui identifient une situation de violence conjugale devront peut-être orienter la personne vers les services de santé) :

- 1) Faire une anamnèse complète en consignait les événements pour déterminer les interventions appropriées et faire un examen physique complet (de la tête aux pieds, parties génitales incluses). L'anamnèse doit inclure le temps écoulé depuis l'agression et le type d'agression, le risque de grossesse, le risque d'infection à VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, et l'état mental.
- 2) Proposer une contraception d'urgence aux victimes d'une agression sexuelle qui se présentent dans les cinq jours suivant l'agression, de préférence dès que possible après l'exposition pour plus d'efficacité. Si une femme se présente après le délai maximum pour la contraception d'urgence, si la contraception d'urgence échoue ou si la femme est enceinte à la suite d'un viol, un avortement médicalisé devrait être proposé.
- 3) Envisager de proposer une prophylaxie post-exposition (PPE) pour le VIH aux femmes qui se présentent dans les 72 heures suivant une agression sexuelle. Recourir à la prise de décision conjointe avec l'adulte pour déterminer si la PPE pour le VIH est appropriée.
- 4) Les femmes victimes d'une agression sexuelle devraient se voir proposer une prophylaxie/ un traitement présomptif pour la chlamydie, la gonorrhée, la trichomonase et la syphilis, selon la prévalence dans la région géographique.
- 5) L'injection d'immunoglobulines anti-hépatite B devrait être proposée jusqu'à 14 jours après l'exposition⁹.

Remarques ⁱⁱⁱ :

Il est important que les professionnels reconnaissent que la violence sexuelle peut se produire, et se produit, dans un contexte de relation intime (selon les données canadiennes, la prévalence de la violence sexuelle dans une relation intime violente autodéclarée par les femmes est de 44 % environ). Les professionnels peuvent se sentir mal à l'aise de poser des questions au sujet de la violence sexuelle dans une relation en raison de leurs idées préconçues inexactes sur la violence (par exemple, une relation sexuelle forcée n'existe pas dans une relation intime) ou de la peur de manquer de sensibilité dans leur façon d'aborder cette expérience de violence. Malheureusement, ils ratent ainsi une occasion d'offrir des soins et un soutien appropriés et essentiels.

ⁱⁱ Dans les Recommandations de l'OMS (2013), les femmes maltraitées sont nommées expressément; cependant, d'autres genres tireraient probablement avantage d'approches similaires, mais personnalisées.

ⁱⁱⁱ Les « remarques » résument les points principaux concernant la portée, l'acceptabilité, l'équité et d'autres facteurs qui ont été pris en considération par le groupe de la revue documentaire.

Synthèse des données probantes – identification de la violence conjugale

Bien qu'il existe un certain nombre d'outils pour identifier la violence conjugale, trois essais cliniques randomisés ont établi que le dépistage universel de la violence conjugale chez les femmes ne contribue pas à une amélioration de la violence, de la santé ou de la qualité de vie. Cependant, en présence de risques, d'indicateurs cliniques et d'effets particuliers, un examen proactif est justifié, de même qu'une plus grande vigilance et une interrogation plus poussée dans certains milieux de pratique.

c) Identification des partenaires violents

Les professionnels de la santé et des services sociaux doivent se montrer prudents lorsqu'ils envisagent de discuter avec des partenaires potentiellement violents. Ils peuvent faire face à des situations où le recours à la violence dans une relation est soupçonné, confirmé ou révélé. Selon les pratiques exemplaires disponibles (RACGP)¹⁰, lorsqu'il est sécuritaire de le faire, le professionnel peut poser des questions au partenaire ou à l'ex-partenaire violent sur son utilisation de la violence, en prenant soin de ne rien dire qui impliquerait le partenaire maltraité. S'il y a dévoilement, le professionnel doit le reconnaître, tout en soulignant le caractère inacceptable de la violence, et offrir un soutien continu (les détails concernant les références à offrir aux partenaires violents sont fournis plus bas). Il doit aussi évaluer le risque de suicide du partenaire ou de l'ex-partenaire violent, ainsi que la sécurité de la famille. Si, à tout moment, le professionnel sent qu'il perd son objectivité ou son impartialité, il doit orienter le partenaire ou l'ex-partenaire vers un autre professionnel.

2. Interventions en matière de violence conjugale

a) Maisons d'hébergement et maisons de transition

Recommandation

Les maisons d'hébergement pour femmes sont fortement recommandées si la personne court un danger immédiat (c'est-à-dire, risque de blessure ou de décès pour la femme et tout enfant présent). (Recommandation forte pour l'intervention; les données probantes sont jugées très peu concluantes).

Remarques

Une maison d'hébergement est un établissement résidentiel pour les femmes exposées à de la violence conjugale et leurs enfants. On y offre généralement : 1) un refuge sûr en période de crise; 2) un soutien matériel (par exemple, nourriture et vêtements, au besoin); 3) de l'information, une aide à la navigation du système et un service de défense des droits; 4) de l'éducation et du counseling. Un séjour en maison de transition ou de « deuxième étape » peut également être proposé. Nombre de ces services sont aussi accessibles à l'externe pour les femmes et leurs enfants qui ne vivent pas en maison d'hébergement.

Malgré un financement modéré du système, l'absence de coûts directs pour les utilisateurs accroît l'accessibilité pour les groupes vulnérables, ce qui augmente probablement l'équité. Les défis incluent une accessibilité moindre à certains endroits (en particulier dans les régions rurales et éloignées) et pour les personnes ayant des besoins plus complexes (en raison de leur culture, de

leur religion, d'une incapacité, etc.).

Synthèse des données probantes

Les données probantes sur les maisons d'hébergement et les maisons de transition sont jugées très peu concluantes, principalement en raison du manque d'études comparatives.

b) Interventions en défense des droits

Recommandation

Référer vers des services de défense des droits les femmes qui révèlent une situation de violence conjugale, en particulier celles qui vivent de la violence conjugale durant la période périnatale.

L'efficacité d'interventions brèves et structurées dans ce domaine a été démontrée pour les femmes qui vivent de la violence conjugale, qu'elles résident ou non en maison d'hébergement. L'efficacité des interventions intensives demeure incertaine; par conséquent, leur utilisation n'est pas recommandée ni déconseillée.

Ces recommandations sont fondées sur une combinaison de recommandations provenant de l'OMS et du groupe d'experts de VEGA, en particulier :

- Les femmes qui passent au moins une nuit dans une maison d'hébergement, un refuge ou un foyer-refuge sécuritaire devraient se voir offrir un programme structuré de défense des droits, de soutien et/ou d'autonomisation. [Recommandation (conditionnelle^{IV}) de l'OMS; les données probantes sont jugées peu concluantes].
- Bien que les données disponibles sur la défense des droits pour les femmes qui ne vont pas en maison d'hébergement ne soient pas concluantes, il ressort de certaines études que des interventions brèves en défense des droits peuvent améliorer certains résultats importants. Dans le cadre d'une réponse initiale à une situation de violence conjugale, il est donc recommandé de référer vers un service de défense des droits (recommandation conditionnelle pour l'intervention; les données probantes sont jugées peu concluantes).
- Les interventions brèves en défense des droits pour les femmes qui vivent de la violence conjugale durant la période périnatale sont recommandées. (Recommandation conditionnelle de l'OMS; les données probantes sont jugées peu concluantes).
- L'efficacité des interventions intensives en défense des droits demeure très incertaine (aucune recommandation favorable ou défavorable; les données probantes sont très peu concluantes).

Remarques

La défense des droits englobe toute intervention qui vise à offrir aux personnes qui vivent ou ont vécu de la violence conjugale des conseils (plan de sécurité, questions juridiques et financières, logement) et/ou un soutien/une autonomisation pour faciliter l'accès aux ressources communautaires (par exemple, maison d'hébergement, logement d'urgence, services de proximité en violence conjugale, interventions psychologiques, services sociaux ou autres services requis). Les services de défense des droits peuvent être offerts dans un milieu communautaire, un milieu de soin de santé ou en maison d'hébergement, et pourraient être mis en œuvre par

^{IV} Suivant la méthodologie GRADE, une recommandation était jugée « forte » si on s'entendait pour dire qu'elle « serait bénéfique à la majorité ». Une recommandation « conditionnelle » a été formulée lorsque « les avantages font l'objet de mises en garde dans différents

différents professionnels ayant des connaissances spécialisées sur le fonctionnement des services communautaires et sur la façon d'aider les femmes à entrer en contact avec de tels services. Les interventions de défense des droits peuvent varier en intensité/durée – par exemple, d'une séance brève à une série de séances plus longues. On ne connaît pas les taux de disponibilité et d'utilisation de ces interventions au Canada, mais selon l'Enquête sociale générale de 2009¹³, les personnes ayant vécu de la violence conjugale bénéficient de services en violence conjugale dans les centres communautaires/familiaux (13 %), les centres pour femmes (5 %) et les maisons d'hébergement/de transition (4 %).

Les services de défense des droits varient selon le lieu géographique (milieu rural/éloigné versus milieu urbain) et les utilisateurs. Par exemple, bien que les maisons d'hébergement soient facilement accessibles, la majorité des femmes maltraitées ne les utilisent pas, pour diverses raisons. Elles sont toutefois utilisées par un pourcentage disproportionné de femmes à faible revenu. Il faut donc poursuivre les recherches et la réflexion sur l'accès aux interventions de défense des droits et leur efficacité pour les personnes provenant de ménages à revenu moyen et élevé, qui vivent dans des communautés rurales ou du Nord, qui ne parlent ni français ni anglais et/ou qui appartiennent à des groupes culturels et sexuels minoritaires.

Les interventions en défense des droits sont probablement acceptables pour la majorité des clients (femmes et enfants) et des professionnels (ceux qui recommandent ces services et ceux qui les offrent) puisqu'elles requièrent habituellement une analyse des besoins du client ou patient et l'élaboration de parcours et de plans de soin et de référence coordonnés. Les coûts et les considérations de rentabilité ne sont pas connus. On pense qu'il est possible d'accroître l'équité des services de défense des droits, particulièrement en les offrant gratuitement aux femmes et aux enfants par l'entremise des maisons d'hébergement ou d'autres fournisseurs communautaires.

Synthèse des données probantes

Les données provenaient majoritairement d'études ayant des limites de conception importantes et présentaient une forte hétérogénéité concernant le lieu, le type et la portée des services de défense des droits offerts, les indicateurs de mesure des résultats et la durée du suivi.

Interventions brèves en défense des droits : les données disponibles reconnaissent certains avantages à ce type d'intervention, par comparaison avec les personnes qui reçoivent les soins habituels, en lien avec la violence psychologique ou émotionnelle, la planification de la sécurité ou les comportements sécuritaires, et les symptômes de dépression¹⁴⁻¹⁷. Cependant, aucun avantage n'a été démontré en lien avec la violence physique, la violence sexuelle, la violence en général, l'utilisation réelle ou prévue de services ou de ressources, la qualité de la vie (y compris les sous-domaines), le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et l'évaluation du risque ou les perceptions face à la sécurité et à la peur. Nous n'avons trouvé aucune donnée satisfaisant à nos critères d'inclusion confirmant l'efficacité des interventions brèves en lien avec le comportement ou l'idéation suicidaire et l'estime de soi.

Interventions intensives en défense des droits : les données disponibles reconnaissent certains avantages à ce type d'intervention, par comparaison avec les sujets témoins, en lien avec la violence physique (de 12 à 24 mois après l'intervention), la qualité de la vie et l'estime de soi¹⁸. En revanche, elles ne confirment aucun avantage en lien avec la violence psychologique ou émotionnelle, la violence en général, l'utilisation réelle ou prévue de services ou de ressources, les symptômes de dépression, le TSPT et le comportement ou l'idéation suicidaire. Nous n'avons trouvé aucune donnée satisfaisant à nos critères d'inclusion confirmant l'efficacité des

interventions intensives en lien avec la violence sexuelle, la planification de la sécurité ou les comportements sécuritaires, et l'évaluation du risque ou les perceptions face à la sécurité et à la peur.

Effets indésirables : les rares données disponibles ne rapportent aucun effet indésirable grave ou décès découlant d'interventions brèves ou intensives en défense des droits.

Nouvelles données : des services de défense des droits et de planification de la sécurité offerts en ligne et assistés par ordinateurs font présentement l'objet de nouveaux essais; il serait important de suivre les résultats de ces essais puisque les services ciblés pourraient aider à pallier le manque d'accès aux services mentionné plus haut.

c) Interventions psychologiques

Les interventions psychologiques englobent un large éventail de thérapies possibles offertes par différents types de professionnels. Certaines sont accessibles dans le cadre du système public de soins de santé et de services sociaux, d'autres ne le sont pas.

TCC et EMDR^v

Recommandation

Les interventions TCC ou EMDR¹¹ peuvent être envisagées pour les adultes exposés à de la violence conjugale qui présentent des symptômes de stress post-traumatique. Ces interventions, si elles sont disponibles, doivent être offertes par des professionnels spécialisés ayant une bonne compréhension de la violence conjugale. (Recommandation forte de l'OMS; les données probantes sont jugées peu ou moyennement concluantes).

Remarques/synthèse des données probantes

La recommandation ci-dessus est fondée sur une recommandation existante de l'OMS¹. Elle s'appuie également sur des données probantes sur le traitement de personnes ayant des troubles diagnostiqués, et, pour la TCC et l'EMDR, sur un certain nombre d'études s'intéressant spécialement à la TCC comme traitement pour les femmes exposées à la violence conjugale. Néanmoins, la recommandation est largement corroborée par un corpus documentaire de qualité modérée sur la TCC et l'EMDR chez les adultes ayant un TSPT en général. Dans sa mise à jour, VEGA n'a recensé aucune nouvelle étude évaluant les résultats de la TCC ou de l'EMDR chez les adultes exposés à de la violence conjugale; tout écart à la recommandation existante n'était donc pas justifié.

Autres interventions fondées sur des données probantes

Recommandation

À la suite d'une évaluation par un professionnel qualifié, on peut juger nécessaire de recommander des traitements fondés sur des données probantes aux adultes exposés à de la violence conjugale qui présentent des troubles ou des symptômes particuliers (par exemple, une dépression) ou d'autres problématiques (par exemple, l'usage de substances). Les études disponibles n'établissent pas clairement la pertinence de recommander d'autres interventions simplement en raison de cette exposition; la recommandation d'une intervention doit s'appuyer sur une

^vLes avis diffèrent à savoir si l'EMDR doit être considérée comme un type de TCC¹¹.

évaluation des besoins de la personne. Conformément au Guide d'intervention mhGAP de l'OMS¹² et/ou aux guides de pratique clinique en vigueur à l'échelle nationale ou propres à la profession, le traitement d'un trouble de santé mentale doit être dispensé par des professionnels qui ont une bonne compréhension de la violence conjugale et de ses conséquences. (Recommandation forte de l'OMS; les données probantes ont été jugées d'un caractère indirect. Soulignons que la validité varie selon l'intervention).

Remarques/synthèse des données probantes

La recommandation ci-dessus s'appuie sur une recommandation antérieure de l'OMS¹ pour les personnes ayant des problèmes de santé existants. VEGA a effectué un nouvel analyse d'interventions pour adultes ayant un problème de toxicomanie qui sont exposés à de la violence conjugale. Cette analyse ciblait quatre essais cliniques randomisés (parmi ceux répondant aux critères d'analyse, aucun ne ciblait particulièrement la violence conjugale et les problèmes de santé mentale)¹⁹⁻²². Chaque étude portait sur une intervention différente. Une des interventions était extrêmement brève (moins d'une heure)²⁰ et les autres étaient plus intensives (plus de 24 heures au total) et comprenaient plusieurs séances. Toutes les interventions abordaient dans une certaine mesure la façon d'éviter/de réduire l'usage d'une substance (alcool ou drogues). Une seule étude s'est intéressé aux effets indésirables et n'en a trouvé aucun¹⁹. Même si certaines interventions affichaient des effets positifs (par exemple, pour la dépression et la violence psychologique), des conclusions définitives n'ont pu être tirées en raison de l'hétérogénéité des études (interventions, critères de comparaison, résultats, critères de mesure, durée du suivi, etc.) et du risque de biais généralement vague. Dans l'ensemble, les données probantes spécifiques à la violence conjugale ne sont pas insuffisantes pour justifier une modification importante à la recommandation actuelle de l'OMS.

Nouvelles interventions

On commence à recenser de nouvelles catégories d'interventions pour adultes exposés à la violence conjugale, mais les données probantes disponibles ne sont pas encore définitives. Bien qu'aucune recommandation particulière ne soit faite, les techniques de motivation – lesquelles sont mentionnées dans les études et deviennent aussi de plus en plus répandues – sont brièvement décrites afin qu'elles puissent être envisagées dans certains cas (lorsqu'elles sont disponibles, accessibles, réalisables, améliorent l'équité, etc.). D'autres études sont requises pour évaluer l'efficacité de ces techniques et d'autres nouveaux types d'interventions, y compris les techniques de réduction du stress comme la pleine conscience et la respiration yogique, pour les adultes qui vivent de la violence conjugale et/ou ses conséquences.

Interventions de motivation : Ces interventions pourraient être brèves comparées à d'autres interventions psychologiques et visent généralement à accroître la motivation d'une personne à changer son comportement. De telles approches (y compris la « technique d'entrevue motivationnelle » et la « thérapie de renforcement de la motivation ») sont utilisées pour aborder diverses problématiques psychosociales (par exemple, toxicomanie, observance thérapeutique en cas d'asthme). Selon plusieurs revues systématiques^{23,24}, les interventions d'entrevue motivationnelle peuvent être efficaces en promotion de la santé. Pour la personne victime de violence conjugale, les interventions de motivation visent généralement à définir des objectifs personnels liés à la réduction de la violence conjugale (par exemple, réceptivité au changement), à apporter des changements pour atténuer les répercussions de la violence conjugale (par exemple, santé émotionnelle) ou améliorer ses propres comportements liés à la violence conjugale (par

exemple, plan de sécurité). Dans sa mise à jour de la revue des interventions psychologiques de l'OMS, VEGA a identifié deux essais cliniques randomisés récents qui évaluent de brèves interventions d'entrevue motivationnelle (moins de 12 heures) chez des femmes exposées à de la violence conjugale^{25,26}. Bien que deux études rapportent des améliorations pour la dépression, l'efficacité de cette approche pour les adultes exposés à de la violence conjugale doit être confirmée par d'autres études.

d) Recommandations pour des groupes particuliers

Interventions pour femmes enceintes

Recommandation

Envisager des services de counselling et de défense des droits/soutien de courte ou moyenne durée pour les femmes enceintes qui dévoilent une situation de violence conjugale. On ne peut confirmer l'applicabilité de cette recommandation en dehors du contexte de soins prénataux. (Recommandation conditionnelle de l'OMS; les données probantes sont jugées peu concluantes).

REMARQUE : l'utilisation de psychotropes chez les femmes enceintes ou qui allaitent exige des connaissances particulières; veuillez consulter un clinicien qualifié dans ce domaine, là où il y en a. Pour obtenir des détails sur le traitement des problèmes de santé mentale au sein de ces deux groupes, veuillez consulter le Guide d'intervention mhGAP¹².

Remarques/synthèse des données probantes

VEGA a mis à jour une revue documentaire récente dans Cochrane sur des interventions pour femmes enceintes. Au total, huit essais cliniques randomisés^{15, 27-33} et un essai quasi randomisé³⁴ ont été inclus. Les conclusions concernant l'efficacité des interventions pour les femmes enceintes exposées à de la violence conjugale étaient mitigées, tout comme la qualité générale des études. Bien qu'on ait constaté certaines améliorations (par exemple, dans les comportements de sécurité et la violence conjugale), on peut difficilement tirer des conclusions fermes à savoir quelle intervention est la plus efficace étant donné que toutes les études portaient sur des interventions différentes. Conformément à la recommandation de l'OMS, les interventions qui incluent un volet de défense des droits semblent les plus prometteuses; aucun changement important à la recommandation n'est donc justifié.

Interventions de soutien par les pairs

Recommandation

Les données disponibles sont insuffisantes pour recommander ou déconseiller les interventions de soutien par les pairs aux adultes exposés à de la violence conjugale. (Pas de recommandation favorable ou défavorable; les données probantes sont jugées très peu concluantes).

Remarques

Le soutien par les pairs inclut des interventions offertes par des pairs ou des mentors vivant dans la communauté qui ne sont pas des professionnels qualifiés en santé ou services sociaux, mais qui peuvent avoir reçu une formation sur une intervention particulière et une supervision du personnel du programme/du cours. Ces interventions peuvent être offertes aux personnes exposées à de la violence conjugale sur une base individuelle ou en groupe. Aux fins du projet VEGA, les interventions de soutien par les pairs se distinguent du soutien par les pairs en ligne et

non structuré.

D'aucuns les pensent gratuites, mais les interventions de soutien par les pairs comportent souvent des coûts cachés : formation (initiale et continue) et soutien du personnel, coûts salariaux et de déplacement, et coûts des installations. Néanmoins, les interventions de ce type augmentent probablement l'équité puisqu'elles ne comportent habituellement aucun frais directs pour les participants et peuvent être offertes dans des régions où d'autres ressources ne sont pas disponibles. Le soutien par les pairs est probablement acceptable pour les personnes exposées à de la violence conjugale, en particulier celles qui ont eu des expériences négatives avec des professionnels. Le soutien par les pairs peut également être acceptable pour les pairs/mentors, en particulier ceux qui ont vécu des expériences de violence et qui souhaitent aider d'autres survivants. Toutefois, comme les pairs/mentors sont exposés à un risque de traumatisme indirect, un protocole de sécurité et un mécanisme de soutien doivent être mis en place à l'intention des personnes aidantes. Les cliniciens/professionnels sont probablement favorables eux aussi au soutien par les pairs, quoique certains n'approuvent pas les interventions offertes par des non-professionnels. Les interventions de soutien par les pairs sont généralement faciles à mettre en place, mais le financement accordé est habituellement faible. Comme les données probantes indiquent que le soutien par les pairs peut être efficace, particulièrement au sein des groupes défavorisés, d'autres études sont nécessaires pour déterminer l'efficacité du soutien par les pairs chez les adultes exposés à de la violence conjugale. Les programmes déjà en place devraient être évalués.

Synthèse des données probantes

Un seul essai clinique randomisé sur les programmes de soutien par un mentor non professionnel pour les femmes enceintes et les nouvelles mères vivant de la violence conjugale (ou qui étaient en détresse psychosociale; 79 % avaient été exposées à de la violence conjugale au départ) était inclus dans la présente revue documentaire. Le soutien par les pairs peut atténuer légèrement la violence conjugale et la dépression, et améliorer légèrement la santé mentale et physique globale, mais les données probantes sont globalement très peu concluantes. L'étude incluse ne faisait pas mention de préjudices.

Interventions pour hommes ayant recours à la violence dans leurs relations

Recommandation

Les données disponibles sont insuffisantes pour recommander ou déconseiller les interventions s'adressant aux hommes qui utilisent la violence dans leurs relations (c'est-à-dire, qui « commettent » des actes de violence). (Pas de recommandation favorable ou défavorable; les données probantes sont jugées peu concluantes).

Remarques

Les recommandations ci-dessus visent uniquement les hommes qui utilisent la violence dans leurs relations et ne doivent pas être généralisées à l'intention d'autres genres. L'objectif, l'intensité/la durée et la disponibilité au Canada des interventions pour hommes qui ont recours à la violence dans leurs relations varient énormément. Certains hommes qui utilisent la violence dans leurs relations sont obligés (en vertu d'une ordonnance judiciaire, par exemple) de participer à des programmes parfois appelés « programmes d'intervention auprès des partenaires violents », tandis que d'autres y participent volontairement. Bien que ces programmes soient souvent

offerts en groupe, le coût pour la société est de modéré à élevé. Les participants ne paient pas pour le programme comme tel, mais ils peuvent devoir assumer les coûts liés aux déplacements ou aux absences du travail. Au Canada, un grand nombre de programmes s'adressant aux hommes qui utilisent la violence dans leurs relations risquent de disparaître, notamment parce que leur efficacité n'a pas été démontrée, ce qui peut réduire la faisabilité et l'équité. La fidélité au traitement est également variable, surtout chez ceux qui ne sont pas obligés de participer au programme, ce qui peut indiquer une faible acceptabilité chez les participants.

Les interventions qui utilisent les approches d'entrevue motivationnelle pourraient être une forme d'intervention prometteuse pour les personnes qui ont recours à la violence dans leurs relations (voir ci-dessous). Le taux d'utilisation de telles approches peut augmenter à mesure que des interventions plus générales (c'est-à-dire, pas nécessairement spécifiques à la violence conjugale) deviennent disponibles au Canada.

Synthèse des données probantes

Les données probantes sur les « programmes d'intervention auprès des partenaires violents » sont peu concluantes. Bien que 17 essais cliniques randomisés³⁵⁻⁵¹ aient été revus, la qualité des études varie énormément et plusieurs approches d'interventions différentes ont été examinées. Les interventions pourraient être classées en trois groupes : 1) séances brèves préalables ou complémentaires au traitement ; 2) programmes d'intervention de plus longue durée; 3) interventions s'accompagnant d'un traitement pour toxicomanies. Les approches particulières incluent le modèle Duluth, la CCT, l'entrevue motivationnelle, la thérapie psychoéducative, la thérapie intégrative corps-esprit, l'accompagnement individuel selon la méthode des 12 étapes et la formation en communication. Aucune étude ne fait expressément état de conséquences néfastes, mais une augmentation des résultats négatifs (par exemple, une récurrence) ne semblait liée à aucune des interventions. Même si un certain nombre d'études font état d'améliorations importantes à l'égard de certains résultats, dans l'ensemble, le manque d'uniformité des résultats ne permette pas de tirer des conclusions fermes. Les résultats de cinq études portant sur une approche d'entrevue motivationnelle (trois interventions offertes sous forme de séances préliminaires ou complémentaires au traitement, une intervention de durée plus longue et une intervention s'accompagnant d'un traitement pour toxicomanies) tendent à appuyer l'efficacité de l'entrevue motivationnelle, mais les données probantes sont peu concluantes et les résultats ne sont pas constants. Si l'on tient compte d'un corpus documentaire plus vaste qui appuie l'efficacité de l'entrevue motivationnelle pour diverses problématiques (par exemple, problèmes de santé et comportements ayant des effets sur la santé, comme la toxicomanie) et de la disponibilité grandissante de cette forme de thérapie au Canada, on peut considérer qu'il s'agit d'une approche prometteuse pour les hommes qui ont recours à la violence dans leurs relations dont les résultats doivent être validés par d'autres études. Par contre, aucune étude n'a examiné l'entrevue motivationnelle pour les femmes ou les adultes violents de diverses identités de genre; par conséquent, aucun traitement pour ces groupes ne peut être recommandé.

Interventions de couple

Recommandation

Les interventions de couple ne sont pas recommandées (recommandation conditionnelle contre l'intervention; les données probantes sont jugées très peu concluantes).

Remarks

Les interventions de couple peuvent prendre plusieurs formes, y compris des séances à un couple ou à plusieurs couples et des interventions où les partenaires participent ensemble aux séances ou séparément, comme dans le cas des interventions pour « groupe de genre spécifique ». Ces interventions sont souvent considérées comme des « thérapie de couple ».

Le coût des interventions de couple est probablement modéré pour la société et de modéré à élevé pour les couples participants, mais il varie selon l'intensité/la durée des interventions. Les interventions de groupe à plusieurs couples sont probablement plus économiques que les séances à un couple, mais elles sont aussi généralement moins disponibles au Canada. Les interventions de couple menées à l'extérieur du milieu hospitalier ou de soins primaires ne sont pas couvertes par le système de santé public du Canada. En raison du coût modéré à élevé, cette intervention réduirait l'équité. L'acceptabilité des interventions de couple n'est pas connue. Même si elles sont jugées acceptables pour certains couples, les données sur la fidélité au traitement indiquent que plusieurs couples/personnes interrompent la thérapie. Cependant, on ne sait pas si la participation dépend de l'intervention même ou du fait que les interventions de couple peuvent être longues et que les personnes peuvent donc avoir de la difficulté à les mener à terme sur des périodes plus longues. Certains professionnels, en particulier les thérapeutes pratiquant une approche féministe, pourraient trouver l'intervention extrêmement inacceptable. Même si pratiquement aucune étude ne permet de conclure que les interventions de couple peuvent être préjudiciables, les observations cliniques indiquent qu'elles peuvent accroître le danger pour les femmes. Les interventions de couple peuvent être particulièrement dangereuses dans les situations où l'un des partenaires a peur de l'autre et/ou lorsque la relation laisse transparaître un comportement de contrôle coercitif (aussi appelé terrorisme conjugal), comparativement aux situations de violence conjugale situationnelle ou de conflit relationnel qui comportent généralement un risque moins élevé. Le professionnel doit tenir compte du type de violence présent dans une relation lorsqu'il envisage des options thérapeutiques pour un couple.

Synthèse des données probantes

Sept études (six essais cliniques randomisés^{21,49,50,52-54} et un essai clinique contrôlé⁵⁵) portant sur les interventions pour couples hétérosexuels ont été incluses dans cette revue documentaire. Toutes les interventions de couple comportaient 12 séances ou plus, mais la structure et le contexte des interventions variaient (par exemple, plusieurs couples, un couple et groupes de genre spécifique). Trois études indiquent que les couples participants vivaient de la violence conjugale situationnelle, tandis que les autres études ne précisaient pas le type de violence conjugale. Toutes les études incluaient quelques résultats sur la récurrence/violence conjugale, et quelques études incluaient des résultats sur la fidélité au traitement, les conséquences néfastes, les sentiments de sécurité du partenaire maltraité, les blessures du partenaire maltraité et la santé mentale ou la gestion de la colère/du stress. Aucune étude ne portait sur le résultat essentiel de réceptivité au changement. Dans l'ensemble, aucun résultat ne tend à confirmer que les interventions de couple améliorent les résultats liés à la violence conjugale ni qu'elles peuvent être préjudiciables. La fiabilité de ces données probantes est toutefois très faible. Tel qu'indiqué plus haut, des rapports et observations cliniques font état d'un risque de préjudice inquiétant pour les femmes lorsque le partenaire violent exerce une contrainte à des fins de contrôle.

[Pour obtenir plus d'information](#)

Veillez consulter les ressources éducatives en ligne de VEGA sur la violence conjugale, notamment le module Reconnaître la violence conjugale et répondre en toute sécurité, et le chapitre sur la violence conjugale du Guide sur la violence familiale (<https://vegaproject.mcmaster.ca/>).

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. *Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes: recommandations cliniques et politiques - Résumé d'orientation*. Genève (Suisse), 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88186/WHO_RHR_13.10_fre.pdf?sequence=1. Accessed Consulté le 17 mai 2015.
2. Golding, J.M. « Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis », *Journal of Family Violence*, 1999, vol. 14, n°2, p. 99-132. doi:10.1023/A:1022079418229
3. Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., Howard, L.M. « Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis », *PloS One*, 2012, vol. 7, n°12 : e51740. doi:10.1371/journal.pone.0051740
4. Coker, A.L. « Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review », *Trauma Violence Abuse*, 2007, vol. 8, n°2, p. 149-177. doi:10.1177/1524838007301162
5. Howard, L.M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., Feder, G. « Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis », *PLoS Med*, 2013, vol. 10, n°5 : e1001452. doi:10.1371/journal.pmed.1001452
6. Centers for Disease Control and Prevention. *Intimate partner violence, sexual violence, and stalking among men*. Violence prevention. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/datasources/nisvs/men-ipvsvandstalking.html> (en anglais seulement). Publié le 5 février 2019. Consulté le 12 septembre 2019.
7. Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Vist, G.E. et coll. « GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations », *BMJ*, 2008, vol. 336, n°7650, p. 924-926. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD
8. Guyatt, G.H., Schünemann, H.J., Djulbegovic, B., Akl, E.A. « Guideline panels should not GRADE good practice statements », *J Clin Epidemiol*, 2015, vol. 68, n°5, p. 597-600. doi:http://dx.doi.org.proxy1.lib.uwo.ca/10.1016/j.jclinepi.2014.12.011
9. Agence de la santé publique du Canada. *Section 6-6 : Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement - Populations spécifiques - Agression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes/infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes-infections-transmissibles-sexuellement-43.html>. Publié le 1er février 2013. Consulté le 6 août 2019.
10. Royal Australian College of General Practitioners. *Abuse and Violence: Working with Our Patients in General Practice*. Melbourne, Australie : Royal Australian College of General Practitioners, 2014. <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/white-book> (en anglais seulement). Consulté le 6 août 2019.

11. Organisation mondiale de la Santé. *WHO Guidelines on conditions specifically related to stress*. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé, 2012. http://www.who.int/mental_health/emergencies/stress_guidelines/en/. Consulté le 6 août 2019.
12. Organisation mondiale de la Santé. *Guide d'intervention MhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées: Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (MhGAP)*. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé, 2010.
13. Burczycka, M. *Section 1 : Tendances en matière de violence conjugale autodéclarée au Canada, 2014*. Statistiques Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2016001/article/14303/01-fra.htm>. Publié le 21 janvier 2016. Consulté le 9 août 2019.
14. Constantino, R., Kim, Y., Crane, P.A. « Effects of a social support intervention on health outcomes in residents of a domestic violence shelter: a pilot study », *Issues Ment Health Nurs*, 2005, vol. 26, n°6, p. 575-590. doi:10.1080/01612840590959416
15. Sharps, P.W., Bullock, L.F., Campbell, J.C. et coll. « Domestic violence enhanced perinatal home visits: The DOVE randomized clinical trial », *J Womens Health*, 2016, vol. 25, n°11, p. 1129-1138. doi:10.1089/jwh.2015.5547
16. Stevens, J., Scribano, P.V., Marshall, J., Nadkarni, R., Hayes, J., Kelleher, K.J. « A trial of telephone support services to prevent further intimate partner violence », *Violence against Women*, 2015, vol. 21, n°12, p. 1528-1547. doi:10.1177/1077801215596849
17. Tiwari, A., Yuk, H., Pang, P. et coll. « Telephone intervention to improve the mental health of community-dwelling women abused by their intimate partners: a randomised controlled trial », *Hong Kong Med J Xianggang Yi Xue Za Zhi*, 2012, vol. 18, suppl. 6, p. 14-17.
18. Taha, F., Zhang, H., Snead, K. et coll. « Effects of a culturally informed intervention on abused, suicidal African American women », *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*, 2015, vol. 21, n°4, p. 560-570. doi:10.1037/cdp0000018
19. Gilbert, L., El-Bassel, N., Manuel, J. et coll. « An integrated relapse prevention and relationship safety intervention for women on methadone: testing short-term effects on intimate partner violence and substance use », *Violence Vict*, 2006, vol. 21, n°5, p. 657-672.
20. Gilbert, L., Shaw, S.A., Goddard-Eckrich, D. et coll. « Project WINGS (Women Initiating New Goals of Safety): A randomised controlled trial of a screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT) service to identify and address intimate partner violence victimisation among substance-using women receiving community supervision », *Crim Behav Ment Health CBMH*, 2015, vol. 25, n°4, p. 314-329. doi:10.1002/cbm.1979
21. Fals-Stewart, W., Birchler, G.R., Kelley, M.L. « Learning sobriety together: A randomized clinical trial examining behavioral couples therapy with alcoholic female patients », *J Consult Clin Psychol*, 2006, vol. 74, n°3, p. 579-591. doi:10.1037/0022-006X.74.3.579
22. Myers, U.S., Browne, K.C., Norman, S.B. « Treatment engagement: Female survivors of intimate partner violence in treatment for PTSD and alcohol use disorder », *J Dual Diagn*, 2015, vol. 11, n°3 et 4, p. 238-247. doi:10.1080/15504263.2015.1113762

23. Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., Christensen, B. « Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis », *Br J Gen Pract*, 2005, vol. 55, n°513, p. 305-312.
24. Copeland, L., McNamara, R., Kelson, M., Simpson, S. « Mechanisms of change within motivational interviewing in relation to health behaviors outcomes: a systematic review », *Patient Educ Couns*, 2015, vol. 98, n°4, p. 401-411. doi:10.1016/j.pec.2014.11.022
25. Rhodes, K.V., Rodgers, M., Sommers, M. et coll. « Brief motivational intervention for intimate partner violence and heavy drinking in the emergency department: A randomized clinical trial », *JAMA*, 2015, vol. 314, n°5, p. 466-477. doi:10.1001/jama.2015.8369
26. Saftlas, A.F., Harland, K.K., Wallis, A.B., Cavanaugh, J., Dickey, P., Peek-Asa, C. « Motivational interviewing and intimate partner violence: a randomized trial », *Ann Epidemiol*, 2014, vol. 24, n°2, p. 144-150. doi:10.1016/j.annepidem.2013.10.006
27. Cripe, S.M., Sanchez, S.E., Sanchez, E. et coll. « Intimate partner violence during pregnancy: a pilot intervention program in Lima, Peru », *J Interpers Violence*, 2010, vol. 25, n°11, p. 2054-2076. doi:10.1177/0886260509354517
28. Curry, M.A., Durham, L., Bullock, L., Bloom, T., Davis, J. « Nurse case management for pregnant women experiencing or at risk for abuse », *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN*, 2006, vol. 35, n°2, p. 181-192. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00027.x
29. Kiely, M., El-Mohandes, A.A.E., El-Khorazaty, M.N., Blake, S.M., Gantz, M.G. « An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized controlled trial », *Obstet Gynecol*, 2010, vol. 115, n°2, partie 1, p. 273-283. doi:10.1097/AOG.0b013e3181cbd482
30. Nagle, G.A. *Maternal participation, depression and partner violence in a state run child abuse prevention program: Louisiana nurse home visitation, 1999-2002*. 2002.
31. Olds, D.L., Robinson, J., Pettitt, L. et coll. « Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial », *Pediatrics*, 2004, vol. 114, n°6, p. 1560-1568. doi:10.1542/peds.2004-0961
32. Tiwari, A., Leung, W.C., Leung, T.W., Humphreys, J., Parker, B., Ho, P.C. « A randomised controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong », *BJOG Int J Obstet Gynaecol*, 2005, vol. 112, n°9, p. 1249-1256. doi:10.1111/j.1471-0528.2005.00709.x
33. Zlotnick, C., Capezza, N.M., Parker, D. « An interpersonally based intervention for low-income pregnant women with intimate partner violence: a pilot study », *Arch Womens Ment Health*, 2011, vol. 14, n°1, p. 55-65. doi:10.1007/s00737-010-0195-x
34. McFarlane, J., Soeken, K., Wiist, W. « An evaluation of interventions to decrease intimate partner violence to pregnant women », *Public Health Nurs Boston Mass*, 2000, vol. 17, n°6, p. 443-451.
35. Alexander, P.C., Morris, E., Tracy, A., Frye, A. « Stages of change and the group treatment of batterers: a randomized clinical trial », *Violence Vict*, 2010, vol. 25, n°5, p. 571-587.
36. Kistenmacher, B.R., Weiss, R.L. « Motivational interviewing as a mechanism for change in men who batter: a randomized controlled trial », *Violence Vict*, 2008, vol. 23, n°5, p. 558-570.

37. Easton, C.J., Mandel, D.L., Hunkele, K.A., Nich, C., Rounsaville, B.J., Carroll, K.M. « A cognitive behavioral therapy for alcohol-dependent domestic violence offenders: an integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV) », *Am J Addict*, 2007, vol. 16, n°1, p. 24-31. doi:10.1080/10550490601077809
38. Mbilinyi, L.F., Neighbors, C., Walker, D.D. et coll. « A telephone intervention for substance-using adult male perpetrators of intimate partner violence », *Res Soc Work Pract*, 2011, vol. 21, n°1, p. 43-56. doi:10.1177/1049731509359008
39. Taylor, B.G., Davis, R.C., Maxwell, C.D. « The effects of a group batterer treatment program: A randomized experiment in Brooklyn », *Justice Q*, 2001, vol. 18, n°1, p. 171-201. doi:10.1080/07418820100094861
40. Edleson, J.L., Syers, M. « The effects of group treatment for men who batter: An 18-month follow-up study », *Res Soc Work Pract*, 1991, vol. 1, n°3, p. 227-243. doi:10.1177/104973159100100301
41. Feder, L., Dugan, L. « A test of the efficacy of court-mandated counseling for domestic violence offenders: The broward experiment », *Justice Q*, 2002, vol. 19, n°2, p 343-375. doi:10.1080/07418820200095271
42. Saunders, D.G. « Feminist-cognitive-behavioral and process-psychodynamic treatments for men who batter: interaction of abuser traits and treatment models », *Violence Vict*, 1996, vol. 11, n°4, p. 393-414.
43. Kraanen, F.L., Vedel, E., Scholing, A., Emmelkamp, P.M.G. « The comparative effectiveness of Integrated treatment for Substance abuse and Partner violence (I-StoP) and substance abuse treatment alone: a randomized controlled trial », *BMC Psychiatry*, 2013, vol. 13, n°189. doi:10.1186/1471-244X-13-189
44. Stuart, G.L., Shorey, R.C., Moore, T.M. et coll. « Randomized clinical trial examining the incremental efficacy of a 90-minute motivational alcohol intervention as an adjunct to standard batterer intervention for men », *Addict Abingdon Engl*, 2013, vol. 108, n°8, p. 1376-1384. doi:10.1111/add.12142
45. Crane, C.A., Eckhardt, C.I. « Evaluation of a single-session brief motivational enhancement intervention for partner abusive men », *J Couns Psychol*, 2013, vol. 60, n°2, p. 180-187. doi:10.1037/a0032178
46. Palmstierna, T., Haugan, G., Jarwson, S., Rasmussen, K., Nøttestad, J.A. « Cognitive-behaviour group therapy for men voluntary seeking help for intimate partner violence », *Nord J Psychiatry*, 2012, vol. 66, n°5, p. 360-365. doi:10.3109/08039488.2012.665080
47. Babcock, J.C., Graham, K., Canady, B., Ross, J.M. « A proximal change experiment testing two communication exercises with intimate partner violent men », *Behav Ther*, 2011, vol. 42, n°2, p. 336-347. doi:10.1016/j.beth.2010.08.010
48. Tollefson, D.R., Phillips, I. « A mind-body bridging treatment program for domestic violence offenders: Program overview and evaluation results », *J Fam Violence*, 2015, vol. 30, n°6, p. 783-794. doi:10.1007/s10896-015-9715-9

49. Dunford, F.W. « The San Diego Navy experiment: an assessment of interventions for men who assault their wives », *J Consult Clin Psychol*, 2000, vol. 68, n°3, p. 468-476. doi:10.1037//0022-006x.68.3.468
50. Fals-Stewart, W., Clinton-Sherrod, M. « Treating intimate partner violence among substance-abusing dyads: The effect of couples therapy », *Prof Psychol Res Pract*, 2009, vol. 40, n°3, p. 257-263. doi:10.1037/a0012708
51. Palmer, S.E., Brown, R.A., Barrera, M.E. « Group treatment program for abusive husbands: Long-term evaluation », *Am J Orthopsychiatry*, 1992, vol. 62, n°2, p. 276-283. doi:10.1037/h0079336
52. Cleary Bradley, R.P., Gottman, J.M. « Reducing situational violence in low-income couples by fostering healthy relationships », *J Marital Fam Ther*, 2012, vol. 38, Suppl 1, p. 187-198. doi:10.1111/j.1752-0606.2012.00288.x
53. Stith, S.M., McCollum, E.E. « Conjoint treatment of couples who have experienced intimate partner violence », *Aggress Violent Behav*, 2011, vol. 16, n°4, p. 312-318. doi:10.1016/j.avb.2011.04.012
54. Brannen, S.J., Rubin, A. « Comparing the effectiveness of gender-specific and couples groups in a court-mandated spouse abuse treatment program », *Res Soc Work Pract*, 1996, vol. 6, n°4, p. 405-424. doi:10.1177/104973159600600401
55. O'Leary, K.D., Heyman, R.E., Neidig, P.H. « Treatment of wife abuse: A comparison of gender-specific and conjoint approaches », *Behav Ther*, 1999, vol. 30, n°3, p. 475-505. doi:10.1016/S0005-7894(99)80021-5

© [2014-2020]. Projet VEGA, Université McMaster. Le présent document peut être utilisé à des fins éducatives personnelles seulement. Aucune partie de ce document ne peut être modifiée, adaptée, traduite, rééditée, remaniée ou utilisée à des fins commerciales sans l'autorisation écrite expresse de l'Université McMaster. Les renseignements contenus dans le document sont fournis « tels quels » à des fins éducatives uniquement et ne font l'objet d'aucune déclaration ou garantie explicite ou implicite. Par conséquent, toute action fondée sur les renseignements contenus dans le document est prise à vos propres risques. Les auteurs et l'Université McMaster ne peuvent être tenus responsables des pertes et dommages qui pourraient découler de l'utilisation des renseignements fournis dans le document.