

Déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime

Le présent document, rédigé par le groupe de travail sur la VPI, a été examiné par les membres du comité sur les questions socio-sexuelles, ainsi que par ceux du groupe de travail sur la VPI, et a été approuvé par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC).

Le présent document soutient le document précédent, lequel remonte à 1996.

AUTEURS PRINCIPAUX

Donna Cherniak, MD, FCFP, MMed, présidente, Sherbrooke (Québec)
Lorna Grant, MD, FRCPSC, Winnipeg (Man.)
Robin Mason, PhD, Toronto (Ont.)
Britt Moore, MD, St John's (T.-N.-L.)
Rosana Pellizzari, MD, FRCPC, CCFP, Stratford (Ont.)

BUREAU NATIONAL

Vyta Senikas, BSc, MDCM, FRCSC, FSOGC, CSPQ
A. Lalonde, MD, FRCSC, FRCOG, FSOGC, FACS, MSc

COMITÉ SUR LES QUESTIONS SOCIO-SEXUELLES

Margaret Burnett, MD, FRCSC, présidente, Winnipeg (Man.)
François Beaudoin, MD, FRCSC, CFPQ, Mont-Royal (Québec)
Valerie M. Turnbull, inf. aut., Winnipeg (Man.)
Philippa H. Brain, MD, FRCSC, Calgary (Alb.)
Elyse Levinsky, MD, FRCSC, Toronto (Ont.)
N. Lynne McLeod, MD, FRCSC, Halifax (N.-É.)
Thirza Smith, MD, FRCSC, Saskatoon (Sask.)
Victoria J. Davis, MD, FRCSC, Toronto (Ont.)
William A. Fisher, PhD, London (Ont.)
John Allan Lamont, MD, FRCSC, Hamilton (Ont.)
Lucie Pépin, sénateure, Ottawa (Ont.)

Le groupe de travail sur la VPI aimerait remercier les examinateurs suivants de leur apport :

Sharonie Valin, Université de Toronto, Toronto (Ont.)
Dorothy Shaw, MD, FRCPSC, Vancouver (C.-B.)
Rebecca Cook, Université de Toronto, Toronto (Ont.)
Patricia Jansen, MD, FRCPSC, Vancouver (C.-B.)
Susan Harrison, B.S.Soc., Peel Region, Brampton (Ont.)
Helen Thomas, inf. aut., McMaster University, Hamilton (Ont.)
Michelle Suga Rak, MD, St Philips (T.-N.-L.)
Elizabeth Harper, Université de Montréal, Montréal (Québec)
Judy C. Chang, MD, MPH University of Pittsburgh, Pittsburgh PA
Jennifer Blake, FRCPSC, Women's College, Toronto (Ont.)

Mots clés : Domestic violence, domestic abuse, intimate partner violence, family abuse

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Résumé

Objectifs : Offrir aux fournisseurs de soins de santé un résumé de l'état actuel des connaissances au sujet de la violence exercée par le partenaire intime, ainsi que proposer des recommandations en matière de pratiques optimales. Offrir des outils et des ressources visant à soutenir les interventions.

Issues : Optimiser les compétences des fournisseurs de soins en matière de dépistage de la violence exercée par le partenaire intime (VPI) et de réaction à la divulgation d'une telle situation, de promotion de la coordination des efforts institutionnels et communautaires dans le cadre d'une approche de santé publique, ainsi qu'en matière d'amélioration de la sécurité et de la santé de toutes les femmes.

Preuves : Des méta-analyses (publiées ou non) sur le dépistage de la violence ont été examinées, de même que la littérature publiée sur le sujet après décembre 2002. Pour la mise à jour de la directive clinique de 1996 sur la violence familiale, des rapports et des documents clés rédigés par des gouvernements, des associations professionnelles et des coalitions ont été identifiés. Des intervenants ont procédé à l'examen critique d'une ébauche du présent document et nous ont offert leurs commentaires.

Valeurs : La qualité des résultats est évaluée en fonction des critères décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. Les recommandations visant la pratique sont classées conformément à la méthode décrite dans ce rapport.

Recommandations : Nous attendons les commentaires des examinateurs; par la suite, nous procéderons à la rédaction de déclarations récapitulatives et de recommandations.

Déclarations sommaires et recommandations

IV B. INCIDENCE ET PRÉVALENCE

Déclarations sommaires

1. Les sondages canadiens menés au sujet de la VPI (la forme de violence la plus couramment exercée contre les femmes) ont révélé une prévalence annuelle se situant entre 6 % et 8 %; cette prévalence est considérée comme une estimation conservatrice, et ce, en raison d'un sous-signalment des cas de VPI. (III)
2. Les taux de prévalence semblent être accrus chez les femmes enceintes et chez les adolescentes. (III)
3. Toutes les femmes, peu importe leur statut socio-économique, leur race, leur orientation sexuelle, leur âge, leur origine ethnique, leur état de santé et la présence ou l'absence du partenaire actuel, sont exposées à des risques de VPI. (III)

IV C. CONSÉQUENCES

i. Santé physique et mentale

Déclarations sommaires

1. La violence est une cause importante de morbidité et de mortalité chez les femmes. (II-2)
2. Les femmes qui subissent de la violence courent un risque accru de présenter une toxicomanie, des troubles mentaux, des troubles physiques chroniques, ainsi que des problèmes liés à la santé sexuelle. (II-2)

ii. Santé maternelle et fœtale

Déclaration sommaire

1. Les femmes violentées au cours de la grossesse courent un risque accru de présenter une dépression et des idées suicidaires, et de connaître des complications et des issues de grossesse indésirables, y compris le décès maternel et fœtal. (III)

iii. Enfants exposés à la VPI

Déclarations sommaires

1. Les enfants dont la mère subit une situation de VPI courent un risque accru de connaître des difficultés du développement; il est également possible qu'ils soient eux-mêmes violentés. (III)
2. Dans certaines provinces, le signalement, aux organismes de protection de l'enfance, des cas d'enfants vivant dans des ménages marqués par la VPI est obligatoire. (III)

Recommandation

1. Les professionnels de la santé devraient demander des renseignements au sujet du bien-être et de la sécurité des enfants dont la mère subit une situation de VPI. En présence d'inquiétudes ou d'une obligation légale, ils doivent signaler leurs résultats aux organismes de protection de l'enfance. (B)

iv. Groupes présentant des problèmes ou des besoins particuliers

Déclaration sommaire

1. Il est possible que les immigrantes, les réfugiées, les lesbiennes, les femmes de couleur, les Autochtones et les femmes qui présentent un handicap subissent des formes différentes ou non de VPI; il est également possible qu'elles aient à faire face à un plus grand nombre d'obstacles à la divulgation que les femmes en général. (III)

Recommandation

1. Les professionnels de la santé devraient être sensibles aux manifestations de la VPI au sein des populations qui présentent des besoins différents. (B)

IV D. INTERVENTION

Déclarations sommaires

1. Au moins trois analyses systématiques du « dépistage » de la VPI ne sont pas parvenues à obtenir des preuves suffisantes pour recommander ou non le recours au dépistage systématique. Le fait de poser aux femmes des questions sur la violence ne constitue pas une intervention de dépistage : les victimes ne sont pas asymptomatiques; la divulgation ne constitue pas un résultat d'analyse, il s'agit bien d'un acte volontaire; de plus, la présence ou l'absence de violence est indépendante de la volonté de la victime; la plupart des interventions nécessaires pour la protection et le soutien des réchappées sont de nature sociétale et non médicale. (I)
2. Dans le cas des femmes enceintes, les interventions cliniques qui comprenaient des services de counseling visant à accroître les comportements liés à la sécurité ont mené à l'adoption de ces pratiques (I) et à des réductions du nombre d'incidents violents. (II)

i. Recherche de renseignements au sujet de la VPI

Déclarations sommaires

1. La formation des fournisseurs de soins de santé pourrait mener à l'atténuation des réticences en ce qui concerne le fait de poser des questions au sujet de la violence. (III)
2. La plupart des femmes ne divulguent pas spontanément les incidents de VPI dont elles font l'objet, et ce, en raison de multiples obstacles subjectifs; toutefois, elles choisissent souvent de le faire à la suite d'une demande de renseignements en ce sens. (III)
3. Il existe plusieurs questionnaires validés pour la recherche de renseignements au sujet de la VPI; cependant, la nature de la relation médecin-patiente et la façon dont les questions sont posées semblent être plus importantes que l'outil de dépistage utilisé. (III)

Recommandation

1. Les fournisseurs de soins de santé devraient inclure des questions au sujet de la violence dans le cadre de l'évaluation de la santé comportementale de leurs nouvelles patientes, à l'occasion des consultations préventives annuelles, dans le cadre des soins prénatals, ainsi qu'en réaction à des symptômes ou à des états pathologiques associés à la violence. (B)

ii. Réaction à la divulgation et à la non-divulgation

Déclaration sommaire

1. Les femmes considéreraient que l'orientation vers des services utiles (défense des droits, formation professionnelle et soutien financier) constituait le service le plus important pouvant être offert par les professionnels de la santé. (III)

Recommandation

1. L'application du modèle des étapes du changement aux services de counseling offerts aux femmes subissant une situation de VPI nécessite des efforts approfondis d'évaluation et de recherche. (I)

iii. Documentation et questions juridiques

Déclarations sommaires

1. La tenue de dossiers adéquats est particulièrement importante dans le cas des victimes de VPI. Il est possible que des dossiers créés pour des raisons cliniques soient utilisés à des fins juridiques. (III)
2. À moins de faire l'objet d'une assignation à témoigner, les médecins ne peuvent divulguer le contenu de leurs dossiers qu'à la suite du consentement écrit de leurs patientes, lequel doit préciser les renseignements devant être divulgués. (III)

Recommandations

1. Les professionnels de la santé devraient prendre des notes cliniques claires, lisibles et objectives, en ayant recours aux propres mots de la patiente pour décrire la violence subie, en plus d'y ajouter des diagrammes et des photographies, au besoin. (B)
2. Dans le doute, les médecins devraient consulter le service des dossiers médicaux ou encore leur ordre professionnel afin d'obtenir des conseils sur la divulgation des dossiers. (B)

V. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

A. Soutien professionnel et coordination

Déclarations sommaires

1. La mise sur pied d'une stratégie globale d'élaboration de services et de prévention de la VPI nécessite un apport coordonné de la part des travailleurs communautaires et de la santé. (III)
2. L'offre d'un soutien administratif et de sessions de formation améliore les capacités des résidents et des professionnels en ce qui concerne le dépistage des femmes victimes de violence et l'offre d'une aide à ces dernières. (III)

Recommandations

1. Les organisations professionnelles, les organismes d'agrément et les institutions devraient établir des normes et soutenir des mesures de contrôle de la qualité en ce qui concerne les programmes visant la VPI. (B)

2. Les fournisseurs de soins de santé ont besoin d'un milieu qui les soutient, d'une formation continue, de ressources humaines appropriées (c.-à-d. des équipes multidisciplinaires), de forts liens avec la communauté et de réseaux d'orientation efficaces. (B)
3. Les institutions et les cabinets de cliniciens devraient disposer de protocoles en ce qui concerne la VPI, de documents destinés aux clientes et de listes à jour décrivant les ressources communautaires disponibles. (B)

B. Stratégies visant à soutenir les femmes qui subissent une situation de VPI

i. Création du milieu

Recommandation

1. Des milieux sûrs et confidentiels, du personnel bien formé, des ressources destinées aux patientes (dépliants et affiches) et des outils destinés aux fournisseurs de soins (tels que des listes de vérification, des instruments de documentation et des orientations facilitées) sont nécessaires pour faciliter la divulgation de la VPI. (B)

ii. Approches en ce qui a trait à la recherche de renseignements

Recommandations

1. Les fournisseurs de soins devraient être compatissants, ne pas être moralisateurs et faire preuve de respect au moment de chercher à obtenir des renseignements au sujet de la VPI. (B)
2. Les questions au sujet de la VPI devraient être axées sur les comportements. (B)

iii. Réaction à la non-divulgation

Recommandation

1. La décision de la patiente quant la divulgation ou non de la VPI dont elle fait l'objet doit être respectée. (B)

II. Évaluation du risque — Recommandations

1. Parmi les éléments essentiels de la réaction du secteur de la santé, on trouve la documentation, l'évaluation du risque, l'évaluation de la sécurité des enfants présents à la maison, la facilitation de la mise en œuvre d'un plan de sécurité, ainsi que l'offre de services efficaces d'orientation et de suivi. (B)
2. Les fournisseurs de soins devraient soumettre les femmes qui divulguent être victimes de violence à une évaluation des risques de dépression et de suicide. (B)
3. Les femmes qui divulguent la présence d'enfants exposés à des risques devraient bénéficier de l'aide du professionnel de la santé qui procède au signalement, afin de communiquer avec le service de protection de l'enfance local. (B)

VI. CONCLUSIONS

Déclaration sommaire

1. La SOGC a identifié la violence comme étant un déterminant important de la santé des femmes et s'est engagée à soutenir ses membres en ce qui a trait aux soins qu'ils offrent aux femmes victimes de violence. (III)

J Obstet Gynaecol Can, vol 27, n° 4, 2005, p. 389–418

I. INTRODUCTION

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) reconnaît que la violence contre les femmes constitue un problème social et de santé publique dont les conséquences sont catastrophiques pour les femmes, peu importe leur âge, leur origine culturelle, leur orientation sexuelle et leur statut socio-économique. À titre de professionnels de la santé offrant des soins aux femmes

dans le cadre de diverses situations cliniques (santé génésique, oncologie, soins d'urgence, etc.), les membres de la SOGC font régulièrement face à des femmes qui font l'objet de violence exercée par le partenaire intime (VPI); ils disposent donc de l'occasion de modifier le cours des choses pour ces femmes.

Les directives cliniques précédentes de la SOGC s'efforçaient de sensibiliser les professionnels et le public à la violence familiale, traitaient des mythes populaires qui font obstacle à l'offre de soins adéquats et proposaient des stratégies de dépistage et d'intervention¹. Depuis la publication des directives cliniques en 1996, le cumul de vécu clinique supplémentaire et la mise en œuvre de recherches additionnelles ont permis d'approfondir la compréhension du phénomène et ont engendré de nouvelles questions, ce qui n'a pas été sans susciter des débats et des controverses. Malgré la sensibilisation accrue à la violence familiale, de nombreux médecins se sentent toujours mal à l'aise lorsque vient le temps de poser des questions sur la violence à leurs patientes, sont souvent pris au dépourvu face à une réponse affirmative, en plus d'indiquer que les contraintes de temps et le manque de confidentialité font obstacle à l'offre de soins appropriés. Des questions médico-légales et des préoccupations au sujet du tort potentiel pouvant être causé à la patiente ont également été soulevées à titre de raisons pour ne pas procéder au dépistage. Les recommandations récentes émises par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs² et le *United States Preventative Services Task Force* (USPSTF)³ en viennent à la conclusion que, en raison de l'insuffisance des résultats disponibles, il est impossible de recommander ou non le recours au dépistage de la violence exercée par le partenaire intime chez les femmes. Ces recommandations sont fondées sur des analyses systématiques de la littérature publiée. Une analyse, menée en 2001, des interventions⁴ s'inscrivant dans le cadre de la santé publique au Canada en est également venue à la conclusion que, bien que le dépistage des femmes en milieu clinique ait mené à une hausse du taux de divulgation, peu de résultats indiquaient que la divulgation menait en bout de ligne à une baisse des issues importantes (telles que la baisse du nombre d'incidents violents)⁵. Cette recherche nous a permis d'approfondir notre compréhension des réactions des femmes à la violence, de soulever des questions importantes au sujet de l'effet de la réaction du secteur de la santé à la violence, ainsi que de souligner la nécessité de travailler à des directives cliniques révisées ciblant l'obtention d'issues de santé notablement améliorées pour les femmes aux prises avec la VPI.

La présente nouvelle déclaration de consensus reflète tant les résultats émergents que la compréhension de plus en plus approfondie de la violence à l'échelle internationale, s'efforce de traduire ces données en stratégies pratiques,

Tableau 1 Critères d'évaluation des résultats et classification des recommandations

Niveaux des résultats*	Catégories de recommandations†
I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. On dispose de données insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres fondements.
II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.¹⁵⁰

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.¹⁵⁰

opportunes et appropriées à l'intention des professionnels de la santé offrant des soins aux femmes qui font l'objet d'une VPI. La littérature récente souligne également les différences importantes (en matière de besoins, de risques et de séquelles) que l'on constate entre les femmes qui ont subi de la violence dans le passé et celles qui la subissent présentement. Ainsi, la présente déclaration de consensus ne traite que des questions intéressant les femmes qui courent des risques de subir ou qui subissent présentement une VPI, y compris les adolescentes qui vivent une relation amoureuse.

II. OBJECTIFS

Le présent document a pour objectif d'améliorer la santé et la sécurité des femmes en faisant en sorte qu'il soit plus facile pour les femmes qui subissent de la violence exercée par le partenaire intime d'en faire part à leur professionnel de la santé, en assurant une réaction appropriée à la divulgation d'une telle situation, en faisant la promotion de l'élaboration et de la mise en pratique de stratégies de sécurité par les femmes, en assurant l'orientation vers des services appropriés qui soutiennent l'autonomie des femmes, ainsi qu'en faisant la promotion de l'offre de soins de santé optimaux à toutes les femmes.

Voici les objectifs du présent document à l'intention des professionnels de la santé offrant des soins aux femmes :

- Mettre à jour les connaissances au sujet de la violence exercée par le partenaire intime.

- Accroître les compétences et l'aisance en ce qui a trait au dépistage des femmes qui courent des risques de subir de la violence ou qui vivent une relation marquée par la violence, ainsi qu'en ce qui a trait à l'offre des soins en ce sens.
- Accroître les liens avec les ressources communautaires locales.
- Clarifier les questions médico-légales (telles que la documentation et la confidentialité) s'appliquant aux femmes, à leurs enfants et aux médecins.

III. MÉTHODOLOGIE

En vue de la rédaction de la présente directive clinique, le groupe de travail s'est penché sur des méta-analyses (publiées ou non) s'intéressant au dépistage de la violence^{4,6,7}. Des analyses supplémentaires de la littérature publiée entre décembre 2002 et août 2004 ont été effectuées. De plus, les membres du groupe de travail ont identifié des rapports et des documents clés rédigés, au Canada, par des gouvernements et des coalitions^{2,8-17}. Enfin, des consultants externes ont examiné l'ébauche du présent document et leurs commentaires y ont été incorporés. La qualité des résultats est évaluée en fonction des critères décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (Tableau 1)¹⁵⁰. Les recommandations visant la pratique sont classées conformément à la méthode décrite dans ce rapport.

IV. ANALYSE DOCUMENTAIRE

A. Définitions

Violence exercée par le partenaire intime, violence familiale, violence intrafamiliale, violence exercée contre les femmes, violence à l'égard de l'épouse, voies de fait contre l'épouse et violence conjugale sont tous des termes utilisés pour décrire le cycle de la violence qui est exercée contre une femme par son partenaire, les membres de sa famille, ses fournisseurs de soins ou toute autre personne avec laquelle elle entretient une relation intime, familiale ou amoureuse¹⁸. Tous ces termes partagent une compréhension de la violence en tant que manifestation de puissance, de contrôle et de domination qui s'exprime par l'intermédiaire d'une gamme de comportements continus et en escalade. Depuis 1994, Le *US Centre for Disease Control* travaille à l'élaboration d'un ensemble d'exigences relatives aux données et de définitions uniformes qui faciliteront la recherche et la prévention en ce qui concerne la violence exercée contre les femmes¹⁹.

Santé Canada définit la VPI comme suit¹⁰ : « Généralement, la violence est un modèle de comportement agressant et coercitif vis-à-vis d'une femme, impliquant :

- son partenaire actuel ou passé, dans le cadre d'un mariage ou d'une relation de cohabitation;
- l'usage répété (parfois quotidien) de diverses tactiques violentes qui, sans intervention, peut devenir plus fréquent et plus intense au fil du temps;
- la combinaison de violence physique et d'agressions psychologiques, et d'autres comportements de contrôle qui entraînent la peur et l'obéissance et blessent la femme;
- un comportement visant à contrôler la femme et à l'obliger à obéir à l'agresseur;
- un sentiment d'emprisonnement et d'isolement croissant chez la femme. »

Les mauvais traitements peuvent prendre diverses formes, notamment la violence physique, émotive ou psychologique, verbale, environnementale, sociale, financière, sexuelle, religieuse ou spirituelle, et rituelle.

Le terme « dépistage » désigne l'utilisation d'un test au sein d'une population asymptomatique en vue d'identifier les personnes qui présentent les premiers stades d'une maladie, ou encore les facteurs de risque d'une maladie, afin de prévenir la morbidité et la mortalité. Parmi les exemples de dépistage, on trouve les programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein qui offrent des mammographies systématiques aux femmes dont l'âge se situe entre 50 et 70 ans.

Le terme « recherche de cas » désigne la pratique selon laquelle des médecins et des infirmières utilisent la consultation clinique à titre d'occasion de soumettre leurs patients à

des tests ou à des mesures de dépistage pour des raisons n'étant pas liées au motif de la consultation (comme la mesure de la tension artérielle et le fait de demander un bilan lipidique à jeun ou de poser des questions au sujet de la consommation d'alcool). Le dépistage et la recherche de cas sont interreliés et constituent tous deux des interventions de prévention clinique.

L'« évaluation de la santé comportementale » peut faire partie tant du dépistage que de la recherche de cas. Elle peut également s'inscrire dans le cadre d'une anamnèse d'accueil, périodique ou associée à un problème particulier. Ce terme désigne la divulgation, à un fournisseur de soins de la part d'un patient ou d'un client, de comportements qui offrent une protection contre certaines issues de santé ou qui, au contraire, entraînent une hausse des risques en ce qui concerne ces dernières. Lorsque des comportements particuliers ont été identifiés, des interventions (dont le counseling, l'orientation vers des spécialistes, la tenue de tests et le suivi) peuvent être adaptées aux besoins du patient. Ces trois termes (dépistage, recherche de cas et évaluation de la santé comportementale) seront utilisés tels qu'ils apparaissent dans la littérature.

La « réduction des dommages » constitue un autre terme utile à la disposition des fournisseurs de soins. Ce terme est d'abord apparu dans la littérature du domaine de la toxicomanie, mais est maintenant de plus en plus utilisé pour désigner les interventions visant à réduire les risques lorsque l'abstinence ou l'évitement s'avèrent impossibles ou irréalistes. Les lignes directrices qui permettent une consommation d'alcool n'entraînant que de faibles risques, les programmes de méthadone et les lieux où il est possible d'utiliser des stupéfiants injectables en toute sûreté constituent tous des exemples d'une approche visant la réduction des dommages²⁰. Pour les femmes qui ne sont pas en mesure de mettre fin à une relation marquée par la violence ou qui ne le souhaitent pas, le recours à une approche visant la réduction des dommages comprendrait des stratégies qui feraient en sorte de prévenir les blessures, de maximiser la sécurité, de prévoir la fuite et de promouvoir la santé.

B. Incidence et prévalence

La VPI représente la forme de violence la plus courante que subissent les femmes, contrairement à la situation qui prévaut pour les hommes, lesquels courent plus de risques d'être agressés par un étranger ou une connaissance. Souvent, divers types de violence coexistent au sein d'une relation, la violence physique n'en étant qu'une des manifestations. Dans le cadre du *National Violence Against Women Survey* (VAWS)²⁰, le tiers des femmes ayant subi une agression physique ont signalé qu'elles avaient craint pour leur vie à un certain moment au cours de leur relation²¹. Les données issues de l'Enquête sociale générale sur la victimisation au Canada de 1999 (ESG)²² ont indiqué que près de

8 % des Canadiennes qui étaient mariées ou conjointes de fait ont subi de la violence exercée par leur partenaire à au moins une reprise au cours des cinq années précédentes. Plusieurs facteurs affectent la qualité des données sur la prévalence, y compris la façon de définir la violence, les critères utilisés pour la sélection des participantes à l'étude et la volonté des répondantes à discuter ouvertement de leurs expériences en matière de violence²³. En raison de la sensibilité du sujet, la violence exercée contre les femmes est « presque universellement sous-signalée » et les taux signalés doivent être considérés comme « représentant la pointe de l'iceberg en ce qui concerne les taux de violence »²⁴.

Les données récemment signalées par les services de police canadiens (2001) laissent entendre que les femmes dont l'âge se situe entre 25 et 34 ans sont celles qui présentent les taux les plus élevés de « violence conjugale »²⁵ et que, dans près de 60 % des homicides entre conjoints commis au Canada entre 1991 et 2001, la police était au courant de la présence d'antécédents de violence familiale entre l'accusé et la victime.

Dans le cadre de 48 sondages en population générale menés de par le monde, dans une variété de milieux, la prévalence des femmes signalant une agression physique de la part d'un partenaire intime de sexe masculin à un moment ou un autre de leur vie variait de 10 % à 69 %²³. Des études internationales sur la violence exercée contre les femmes révèlent que la plupart des femmes qui sont victimes d'agression physique subissent habituellement de multiples agressions réparties dans le temps. Les sondages canadiens sur la violence exercée contre les femmes révèlent une prévalence annuelle de 8 %⁸. En présence d'une grossesse, la prévalence annuelle se situe entre 6 % et 8 %^{26,27}. Au Canada, 25 % des femmes violentées signalent des épisodes de volée de coups; 20 %, des épisodes de suffocation; 20 %, des agressions sexuelles; 40 %, des lésions; et 15 % de ces femmes nécessitent des soins médicaux en raison de leurs blessures⁸.

« La grossesse devrait être considérée comme une période de changement puisque, au cours de celle-ci, il est possible que la VPI commence, s'accroisse ou même cesse de façon temporaire²⁸⁻³⁰. » On estime qu'entre 1,5 % et 17 % des femmes enceintes subissent de la violence^{27,29,31-34}. Cette situation est signalée dans des études issues du Canada, des É.-U., du Nicaragua, du Chili et de l'Égypte^{35,36}. Santé Canada a signalé que 21 % des femmes violentées qui ont été sondées ont signalé des épisodes de violence au cours de la grossesse; de plus, 40 % de ces femmes ont signalé que la violence avait débuté au cours de la grossesse¹². Par ailleurs, jusqu'à 64 % des femmes violentées au cours de la grossesse ont signalé que la violence s'était accrue pendant la grossesse²⁷. Quatre-vingt-quinze pour cent des femmes qui ont subi de la violence au cours du premier trimestre ont

signalé que la violence s'était accentuée à la suite de la naissance de l'enfant³⁷. Lorsque la grossesse n'est pas planifiée ou voulue, les femmes courent quatre fois plus de risques de subir des sévices accrus que lorsque la grossesse est souhaitée³⁸. Toutefois, certaines études ont révélé que, pour environ 30 % des femmes ayant été violentées au cours de l'année précédant la grossesse, les sévices avaient en fait cessé au cours de la grossesse²⁸⁻³⁰.

Des études indiquent que de 12 % à 35 % des adolescentes subiront de la violence dans le cadre de leurs relations amoureuses^{39,40}. Jusqu'à 65 % des adolescentes battues ne divulguent pas les sévices dont elles font l'objet et sont très peu disposées à signaler cette violence aux adultes⁴¹. Des études menées au Canada, aux É.-U. et en Australie ont révélé que de 23 % à 37 % des adolescentes signalent faire l'objet de violence physique au cours de l'année de leur grossesse⁴¹⁻⁴⁴. Un sondage mené en Colombie-Britannique auprès d'étudiants de niveau secondaire a révélé qu'une moyenne de 32 % des adolescentes avaient subi des sévices physiques et/ou sexuels de la part d'une connaissance⁴⁰.

Une nouvelle analyse récente des données de l'ESG de 1999, laquelle se penchait sur les expériences de violence au cours des 12 mois ou des 5 années précédentes, révèle que les taux de VPI sont peu affectés par le fait d'être issue d'une minorité visible, le niveau d'éducation, le lieu de résidence (le milieu urbain par comparaison avec le milieu rural) ou le nombre d'enfants¹³. À l'inverse, des taux accrus de VPI ont été constatés chez les femmes autochtones, les femmes aux prises avec une limitation d'activité, les femmes à faible revenu et les femmes sans partenaire actuel.

Déclarations sommaires

1. Les sondages canadiens menés au sujet de la VPI (la forme de violence la plus couramment exercée contre les femmes) ont révélé une prévalence annuelle se situant entre 6 % et 8 %; cette prévalence est considérée comme une estimation conservatrice, et ce, en raison d'un sous-signalage des cas de VPI. (III)
2. Les taux de prévalence semblent être accrus chez les femmes enceintes et chez les adolescentes. (III)
3. Toutes les femmes, peu importe leur statut socio-économique, leur race, leur orientation sexuelle, leur âge, leur origine ethnique, leur état de santé et la présence ou l'absence du partenaire actuel, sont exposées à des risques de VPI. (III)

C. Conséquences

Les conséquences de la VPI sont considérables et elles affectent presque tous les aspects de la vie d'une femme. Ces effets sont cumulatifs, affectant non seulement la victime, mais également sa famille et ses relations sociales.

Tableau 2 Conséquences de la VPI sur la santé

Générales	Génésiques
<ul style="list-style-type: none"> troubles somatiques chroniques dépression, troubles anxieux, idées suicidaires et suicide troubles de l'alimentation et gastro-intestinaux alcoolisme et toxicomanie troubles du sommeil, fatigue chronique douleur chronique, p. ex. maux de tête, mal de dos, arthrite symptômes neurologiques, p. ex. engourdissement, picotement, évanouissement, crises syndrome de l'adulte secoué, p. ex. vision trouble, vomissement, confusion, maux de tête suffocation (strangulation incomplète), évanouissement symptômes cardiaques, douleurs thoraciques, hypertension exacerbation d'états pathologiques chroniques ou atteinte à la capacité d'une femme de soigner des états pathologiques chroniques, tels que le diabète, l'asthme, l'angine de poitrine et la douleur 	<ul style="list-style-type: none"> manque de contrôle en ce qui concerne la prise de décisions en matière de reproduction probabilité accrue de prendre part à des relations sexuelles non protégées infections transmissibles sexuellement et infection à VIH/sida dyspareunie, infection ou saignements vaginaux, baisse de la libido, irritation génitale grossesse non planifiée / non souhaitée (relations sexuelles forcées, manque de contrôle en matière de reproduction) menace à la santé maternelle et/ou fœtale et risque de décès maternel et/ou fœtal attribuable à un traumatisme complications de la grossesse et de l'accouchement

Tableau 3 Effets de la violence au cours de la grossesse^{5,42,58-64}

Mère	Grossesse	Fœtus
<ul style="list-style-type: none"> soins prénatals différés gain pondéral insuffisant infections maternelles (vagin, col utérin, reins, utérus) exacerbation d'une maladie chronique stress maternel dépression maternelle 	<ul style="list-style-type: none"> traumatisme abdominal fausse couche hémorragie ante-partum rupture prématurée des membranes travail et accouchement prématurés décollement placentaire complications au cours du travail 	<ul style="list-style-type: none"> insuffisance de poids à la naissance lésion fœtale décès fœtal

i. Santé physique et mentale

La mortalité féminine constitue l'issue la plus grave de la VPI. Selon des données issues de pays tels que le Canada, l'Australie, Israël, les É.-U. et l'Afrique du Sud, les partenaires intimes masculins sont responsables de 40 % à 70 % des assassinats visant des femmes, lesquels sont souvent commis dans le cadre d'une relation marquée par la violence²³.

Un récent rapport sommaire portant sur une étude qui évaluait les conséquences de la VPI sur la santé des femmes en Australie a fait remarquer que, pour les femmes de moins de 45 ans, environ 9 % du fardeau total de la maladie était attribuable à la VPI et que cette dernière entraînait des conséquences sur la santé plus importantes que celles qui sont associées à quelque autre facteur de risque que ce soit, y compris l'obésité, la cholestérolémie élevée, la tension artérielle élevée et la consommation de drogues illicites⁴⁵.

Les recherches analysées et couvertes par les directives cliniques du *British Columbia Reproductive Care Program*⁹ résument les conséquences de la VPI sur la santé (Tableau 2).

Le *Family Violence Prevention Fund* a récemment publié un portrait élargi des issues de santé de la VPI, lequel liait le fait de subir de la violence à d'importants déterminants de la santé, tels qu'une toxicomanie et un tabagisme accrus, un manque de contrôle quant au comportement sexuel et la difficulté à obtenir accès à des soins de santé⁴⁶. De plus, les membres de ce groupe ont traité des conséquences à court et à long terme auxquels les enfants qui assistent à de la violence ont à faire face (reportez-vous ci-dessous).

Bien que certaines femmes en viennent à vivre une détresse notable⁴⁷ ou à présenter des troubles de stress post-traumatique⁴⁸⁻⁵⁰, d'autres font preuve d'une force morale remarquable face à de graves sévices physiques et/ou psychologiques⁵¹.

Immigrantes et réfugiées

Certains modèles de comportement semblant indiquer la présence d'une situation de violence chez les femmes de la population générale (par exemple, le fait d'éviter le contact visuel, le refus de se dévêtir complètement, les partenaires masculins ne permettant pas que leur épouse fasse l'objet d'une consultation privée) peuvent s'avérer normatifs au sein de certaines communautés culturelles.

Il est également possible que les immigrantes aient, en fonction de leurs antécédents culturels, une compréhension différente de ce qui constitue une situation de violence et une personne avec laquelle il est « permis » de discuter de questions familiales. De plus, il est possible que les immigrantes et les réfugiées violentées soient confrontées à des obstacles supplémentaires en ce qui concerne la divulgation de la violence et l'appel à l'aide. Selon l'âge à l'arrivée au pays, le temps s'étant écoulé depuis et l'accès (ou le manque d'accès) à des occasions d'apprendre le français ou l'anglais, il est également possible que les immigrantes aient à faire face à d'importants obstacles à la communication au moment d'interagir avec des fournisseurs de soins de santé. Dans les situations où un membre de la famille agit à titre d'interprète, ces femmes risquent de ne pas bénéficier de la confidentialité nécessaire pour procéder à une divulgation sans représailles. Les recherches menées auprès de femmes provenant de divers milieux culturels révèlent que les obstacles linguistiques, l'isolement social et l'absence de questions directes de la part des médecins constituent des obstacles notables à la divulgation de la violence⁷⁹⁻⁸⁰. La peur d'être déportée ou d'assister à la dégradation des ententes de parrainage, de perdre son statut au sein de la communauté et le respect de celle-ci, et de perdre la garde des enfants peut, pour de nombreuses femmes, faire obstacle à la divulgation de la violence. Qui plus est, des pressions familiales ou religieuses visant le maintien de l'intégrité familiale et du lien sacré du mariage entrent parfois en jeu⁷⁹⁻⁸⁰.

Le fait d'avoir déjà eu à subir des épreuves liées à la guerre, à des traumatismes et à des régimes répressifs complique encore plus la question de la divulgation. En fait, en situations de conflit armé et de relocalisation, les femmes et les enfants font face à de multiples risques de violence : avant la fuite, pendant la fuite, pendant la relocalisation dans un pays d'asile, ainsi que pendant le rapatriement ou la réintégration⁸¹. Voilà qui complique également la reconnaissance de la violence subie et contribue aux peurs enrayant la divulgation et le signalement des sévices aux autorités.

Lesbiennes

Certaines formes de violence ne sont constatées que dans les relations lesbiennes et gaies. Par exemple, les partenaires violents peuvent faire appel à l'homophobie et à l'hétérosexisme pour exercer un contrôle sur leurs partenaires, lequel contrôle peut se manifester par la divulgation de l'homosexualité de la victime à des amis, aux membres de la famille, aux employeurs, à la police, au clergé ou à d'autres personnes de la communauté, ou par la menace de procéder à une telle divulgation. Ces partenaires violents peuvent également tenter de convaincre leur victime que les comportements violents s'inscrivent dans le cours naturel des relations gaies ou lesbiennes. Il est possible que les partenaires violents soient en mesure de dissimuler la violence qu'ils exercent et d'ainsi accroître leur pouvoir et leur contrôle, puisque pour de nombreuses personnes il est inconcevable qu'une « femme puisse en venir à blesser une autre femme »⁸².

Femmes de couleur

Il est possible que la ou les façons dont les femmes de couleur réagissent aux comportements violents soient influencées par le racisme chronique dont elles font l'objet et par les contextes sociaux au sein desquels elles évoluent. Ces circonstances font en sorte que l'exposition de ces femmes à la violence et les obstacles qu'elles doivent surmonter pour résister à cette violence sont de nature différente. En outre, le fait d'avoir déjà été soumises à des manifestations de racisme ou à d'autres expériences négatives peut nuire à la volonté des femmes de couleur de chercher à obtenir l'aide de ressources institutionnelles (par exemple, dans le cas de la police, il est possible qu'elles craignent que leur partenaire soit victimisé par le système en raison de la présence d'un racisme institutionnalisé). La victime peut déjà avoir été témoin de discrimination ou de brutalité à l'endroit des hommes de sa communauté; ainsi, il est possible qu'elle hésite à signaler la violence dont elle fait l'objet⁸³⁻⁸⁵.

Déclarations sommaires

1. La violence est une cause importante de morbidité et de mortalité chez les femmes. (II-2)
2. Les femmes qui subissent de la violence courent un risque accru de présenter une toxicomanie, des troubles mentaux, des troubles physiques chroniques, ainsi que des problèmes liés à la santé sexuelle. (II-2)

ii. Santé maternelle et fœtale

Les femmes qui sont violentées au cours de la grossesse courent des risques accrus d'être déprimées, d'avoir des idées suicidaires, de connaître des complications (telles que des saignements au cours du premier et du deuxième trimestres), de présenter un faible gain pondéral, de l'anémie, des infections ou une restriction de croissance intra-utérine⁵, ainsi que de vivre un accouchement prématuré ou un décès périnatal⁶⁴.

Des études récentes indiquent que la VPI est devenue une cause importante de mortalité maternelle. L'existence d'une telle situation a été démontrée aux É.-U., en Inde et au Bangladesh⁵²⁻⁵⁴. Plusieurs états américains citent maintenant l'homicide à titre de cause principale de la mortalité maternelle, deux tiers des homicides de cette nature étant des cas avérés ou présumés de violence familiale^{55,56}.

Au cours de la grossesse et de la période post-partum, la violence est principalement dirigée contre les seins, l'abdomen et les organes génitaux⁵⁷, et peut soumettre la santé de femme et de son fœtus à des risques notables.

Le bas âge maternel est considéré comme un facteur de risque indépendant en ce qui concerne la violence exercée par le partenaire intime au cours de la grossesse. La VPI débute souvent au moment de la divulgation de la grossesse⁶⁵. Des études américaines ont également indiqué que, au cours de la grossesse et de la période post-partum,

les mères adolescentes courent trois fois plus de risques d'être assassinées par un partenaire intime que les femmes adultes^{21,66}.

Déclaration sommaire

1. Les femmes violentées au cours de la grossesse courent un risque accru de présenter une dépression et des idées suicidaires, et de connaître des complications et des issues de grossesse indésirables, y compris le décès maternel et fœtal. (III)

iii. Enfants exposés à la VPI

Les responsables des refuges pour femmes battues ont compris, il y a quelque temps déjà, que les enfants des femmes violentées présentaient des problèmes leur étant propres. Les chercheurs ont eu de la difficulté à faire la distinction entre les conséquences directes du fait d'assister à de la violence infligée à l'endroit d'un parent et celles de la détérioration des soins et des capacités parentales dans un contexte de violence. Par exemple, on a constaté une tendance selon laquelle la probabilité que l'immunisation des enfants de mères violentées soit à jour était moindre^{67,68}.

Bien que certains enfants fassent preuve d'une remarquable force morale, bon nombre d'entre eux connaissent des difficultés dans plusieurs domaines, dont des difficultés comportementales, affectives, sociales, cognitives et physiques^{69,70}. Les données transversales issues de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes 1998–1999⁷¹ confirment qu'un enfant canadien sur 12, dont l'âge se situe entre 4 et 7 ans, a été témoin de violence à la maison; pour 30 % de ces enfants, cela se produisait à l'occasion, tandis que pour 5 % d'entre eux, cela se produisait souvent⁷. Ces enfants couraient des risques accrus de présenter de comportements manifestement agressifs, lesquels persistaient de deux à quatre ans plus tard; en outre, un nombre deux fois plus important de ces enfants présentaient des taux élevés d'anxiété, par comparaison avec les enfants n'ayant pas été exposés à de la violence. D'autres études laissent entendre que, en général, les enfants exposés à de la violence inter-parentale s'en tirent moins bien que les autres au cours de leur jeunesse⁷² et de leur vie adulte⁷³.

Les enfants qui assistent à de la VPI peuvent eux-mêmes faire l'objet de sévices et d'une négligence entraînant des lésions et la mort⁷⁴; la VPI pourrait s'avérer être le facteur de risque le plus important pour ces enfants. Près de la moitié des hommes qui agressent fréquemment leur partenaire de sexe féminin en font autant à l'endroit de leurs enfants⁷⁵. Ces conséquences peuvent devenir intergénérationnelles. Les hommes qui, lorsqu'ils étaient enfants, ont été témoins de violence familiale à la maison courent deux fois plus de risques d'agresser leur propre conjointe que les fils de parents non violents⁷⁵.

Femmes autochtones et/ou femmes des Premières nations

Dans le cadre du récent Rapport de surveillance de la santé des femmes, les données issues de l'Enquête sociale générale (ESG) de 1999 ont fait l'objet d'une nouvelle analyse; les auteurs de ce rapport signalent, pour tous les types de violence, des taux plus élevés chez les femmes autochtones que chez les femmes ne s'étant pas identifiées comme autochtones¹³. Les auteurs font remarquer que ces résultats sont fondés sur des données provenant des provinces de l'Ouest, puisque le sondage ESG ne comptait que trop peu de répondants autochtones provenant des provinces de l'Est. Quoi qu'il en soit, les taux signalés de violence exercée par le partenaire intime (quelle qu'elle soit) chez les femmes autochtones étaient de 57,2 % pour la région Manitoba/Saskatchewan, par comparaison avec 18,5 % pour les femmes non autochtones; de 56,6 % en Alberta, par comparaison avec 24 % pour les femmes non autochtones; et de 42,1 % en Colombie-Britannique, par comparaison avec 22,2 % pour les femmes non autochtones¹³. Bien que les données nationales sur la prévalence ou l'incidence de la violence familiale au sein des communautés autochtones soient toujours trop peu nombreuses, plusieurs études provinciales et régionales ont été menées sur le sujet. Parmi les résultats de celles-ci, on trouve ce qui suit : huit Autochtones ontariennes sur 10 ont personnellement vécu de la violence familiale. De ces femmes, 87 % avaient subi des blessures physiques et 57 % avaient été agressées sexuellement^{86,87}; dans certaines communautés autochtones du Nord, on estime qu'entre 75 % et 90 % des femmes sont battues⁸⁸. Au Canada, les femmes autochtones courent plus de risques que les femmes non autochtones de subir une violence grave et courent huit fois plus de risques d'être assassinées par leur partenaire⁸⁸. Les femmes autochtones se décrivent comme des personnes subissant une double discrimination : soit en tant que femmes et en tant que personnes d'origine autochtone. Un rapport récemment publié par Amnesty Internationale a souligné les lacunes en matière de protection et d'enquête policières dans les cas de violence à l'égard des femmes autochtones. Au moment de la prise en charge de ces victimes de violence, il est important de ne pas oublier qu'il est possible que leurs ressources soient très limitées, que des services adaptés à la culture n'existent pas et que leur réseau de soutien se trouve au sein de la communauté dans laquelle elles vivent. Tout comme dans le cas d'autres communautés fermées, il est possible que la communauté de la victime compte des modèles de guérison holistique conçus pour rompre le cycle de la violence et favoriser la guérison.

Femmes présentant un handicap

Un sondage mené auprès de 245 femmes présentant un handicap a révélé que 40 % d'entre elles avaient subi de la violence et que 12 % d'entre elles avaient été violées⁸⁹. Les agresseurs étaient principalement des conjoints / ex-conjoints (37 %) et des étrangers (28 %), les autres étant des parents (15 %), des fournisseurs de service (10 %) et des compagnons de sortie (7 %). Moins de la moitié de ces incidents ont été signalés, le plus souvent en raison de la peur et de la dépendance. Dix pour cent de ces femmes avaient eu recours à des refuges ou à d'autres services, 15 % d'entre elles ont indiqué qu'aucun service n'était disponible ou que leurs tentatives visant à obtenir accès à des services n'avaient pas porté fruit, et 55 % d'entre elles n'avaient pas même tenté d'obtenir des services⁹⁰.

Débat entourant le dépistage

Les fournisseurs de soins de santé connaissent bien les interventions de dépistage (telles que les frottis de Pap) qui font partie des soins de santé préventifs. Dans un contexte de santé, le dépistage met en jeu la détection d'un trouble se trouvant à une étape asymptomatique de son évolution chez une personne qui consulte un professionnel pour d'autres motifs. La réussite du dépistage dépend tant de la capacité d'un test à identifier l'état pathologique cible que de la capacité d'une intervention-traitement à obtenir une issue favorable. Même lorsque des résultats expérimentaux en démontrent l'efficacité, ce sont bel et bien des facteurs tels que la population de patients, les compétences du fournisseur de soins (ou le respect des règles d'utilisation de la part de ce dernier), les contraintes imposées par le financement des soins de santé et la logistique des systèmes de santé qui détermineront l'efficacité d'une intervention de dépistage.

Le dépistage de la violence familiale diffère de la plupart des autres interventions de dépistage, et ce, de nombreuses façons importantes : certains prétendent en effet qu'il ne s'agit pas là de « dépistage » en tant que tel, puisque les femmes qui sont victimes de cette violence ne sont ni inconscientes ni asymptomatiques, et puisque la violence ne peut être ramenée à un simple facteur de risque en attente d'identification. Parmi les exemples de services de prévention clinique dont les interventions sont semblables à celles qui cherchent à dépister la VPI, on trouve les services d'évaluation et de counseling visant les adolescents en matière de consommation d'alcool et de drogues ou, encore, les services de counseling visant la prévention des grossesses non prévues et des infections transmissibles sexuellement.

La divulgation constitue un acte volontaire. La divulgation d'une situation de violence n'équivaut pas à l'obtention de résultats d'analyse anormaux. Contrairement au dépistage et à la prise en charge de l'hypertension, dans le cadre desquels l'issue souhaitée est l'atteinte d'une tension artérielle normale, il n'existe aucun consensus quant aux critères d'évaluation appropriés en matière de divulgation d'une situation de violence (par exemple, l'accès à des services d'orientation, la réduction du nombre d'épisodes de violence, l'amélioration de l'estime de soi, l'amélioration de la santé, etc.). L'orientation et l'offre de services de counseling aux femmes qui divulguent une situation de VPI constituent des exemples de prévention secondaire ou tertiaire.

Déclarations sommaires

1. Les enfants dont la mère subit une situation de VPI courent un risque accru de connaître des difficultés du développement; il est également possible qu'ils soient eux-mêmes violentés. (III)
2. Dans certaines provinces, le signalement, aux organismes de protection de l'enfance, des cas d'enfants vivant dans des ménages marqués par la VPI est obligatoire. (III)

Recommandation

1. Les professionnels de la santé devraient demander des renseignements au sujet du bien-être et de la sécurité des enfants dont la mère subit une situation de VPI. En présence d'inquiétudes ou d'une obligation légale, ils

doivent signaler leurs résultats aux organismes de protection de l'enfance. (B)

iv. Groupes présentant des problèmes ou des besoins particuliers

La violence se formule en fonction des notions culturelles encadrant les relations « normales » entre partenaires intimes. Il est important de noter qu'ils existent des variations entre les différentes cultures en ce qui a trait « au nombre, à la fréquence et à la gravité des sévices infligés aux femmes, ainsi qu'en ce qui concerne ce qui est toléré et ce qui ne l'est pas »⁷⁶. De telles variations peuvent faire en sorte qu'il est plus difficile pour certaines femmes de conceptualiser leur expérience de vie avec leur partenaire comme étant de la violence et de lancer un appel à l'aide. Certaines de ces femmes présentant des problèmes ou des besoins particuliers font l'objet de discussions.

Déclaration sommaire

1. Il est possible que les immigrantes, les réfugiées, les lesbiennes, les femmes de couleur, les Autochtones et les femmes qui présentent un handicap subissent des formes différentes ou non de VPI; il est également possible qu'elles aient à faire face à un plus grand nombre d'obstacles à la divulgation que les femmes en général. (III)

Recommandation

1. Les professionnels de la santé devraient être sensibles aux manifestations de la VPI au sein des populations qui présentent des besoins différents. (B)

v. Autres conséquences

Les coûts associés aux traitements et aux soins médicaux, aux services juridiques, aux services de police, aux services correctionnels et, parfois, aux placements en famille d'accueil sont tous des exemples de coûts directs, tandis que les coûts associés aux pertes de revenu et de temps, aux investissements perdus en capital humain, aux coûts de protection indirects, à l'assurance-vie, à la productivité, aux investissements intérieurs, aux investissements extérieurs, au tourisme, ainsi que les coûts de nature psychologique ou non monétaire sont tous des exemples de coûts indirects⁷⁷. La chercheuse Tanis Day a estimé que les coûts directs médicaux de toutes les manifestations de violence contre les femmes s'élevaient à plus de 1,5 milliard de dollars par année⁷⁸.

D. Intervention

La littérature portant sur les interventions en santé est limitée et minée par des problèmes de méthodologie. Peu de résultats confirment ou réfutent l'efficacité de diverses interventions (telles que l'exploration systématique, le recours à des renseignements sur l'orientation et les ressources [y compris les refuges et les numéros de service d'assistance téléphonique], et la planification de la sécurité)

Modèle des étapes du changement

Le modèle des étapes du changement présume que la modification du comportement constitue un processus dynamique et décrit une progression le long d'un continuum d'étapes prévisibles que doivent traverser les personnes qui tentent de modifier leur comportement¹²³⁻¹²⁵ :

- Précontemplation—ne pas être conscient du problème ou le minimiser
- Contemplation—reconnaître le problème et songer aux modifications possibles
- Préparation—établir des plans
- Action—mettre les plans en œuvre
- Maintien—intégrer les nouvelles mesures aux activités quotidiennes

Ces étapes font connaître la volonté d'une personne quant au changement. Le retour à une étape précédente est prévisible et fait même partie intégrante du processus de changement; de plus, ces étapes ne sont pas nécessairement séquentielles¹²³⁻¹²⁵. Le retour à une étape précédente ne doit pas être considéré comme un échec, mais bien comme un événement normal dans le cadre du processus de changement. Lorsqu'une personne retourne à une étape précédente du processus, elle tire des leçons de ses erreurs et en obtient une meilleure compréhension d'elle-même et de son problème, se rapprochant chaque fois de l'objectif ultime¹²⁶⁻¹²⁸. Des rapports empiriques laissent entendre que les femmes qui subissent une situation de VPI quittent de 7 à 8 fois le foyer avant d'en venir à une rupture permanente¹²⁸.

Évaluation visant à déterminer l'étape à laquelle est rendue une personne

Une fois que la patiente a divulgué une situation de violence, sa volonté quant au changement peut être évaluée à l'aide des deux questions suivantes¹²⁸ :

1. « Avez-vous songé à apporter quelque modification que ce soit à votre situation actuelle au cours des six prochains mois? »
2. « Avez-vous songé à y apporter des modifications au cours des trente prochains jours? »

Précontemplation : la personne ne songe pas au changement ou se trouve en situation de déni

Au cours de l'étape de la précontemplation, la personne peut ne pas être consciente de la violence subie ou se trouver en situation de déni à ce sujet, minimiser la gravité de la situation ou, encore, exprimer un sentiment d'impuissance face à la situation. Elle peut rationaliser le comportement de son partenaire ou même en venir à porter le blâme en ce qui concerne la violence subie. À ce moment, la patiente n'a habituellement aucune intention de modifier son environnement ou sa relation¹²³⁻¹²⁶.

Au cours de cette étape, l'intervention doit avoir pour objectif de conscientiser la patiente en ce qui a trait à la dynamique de la violence¹²⁸. Il faut souligner à la patiente que personne ne mérite d'être violenté. Des renseignements peuvent être offerts, bien qu'il soit possible que les femmes qui en sont à cette étape refusent les documents imprimés qu'on leur offre. La patiente devrait être incitée à songer à sa sécurité et à celle de sa famille, dans le cadre d'une discussion au sujet de ce qu'elle ferait si elle en venait à devoir fuir dans une situation d'urgence. Il faut lui souligner que l'on ne cherche pas à lui faire quitter le foyer à tout prix. Une consultation de suivi devrait être envisagée.

Contemplation : la personne est consciente du problème, mais ne compte que de vagues plans en vue de rectifier à situation

Au cours de l'étape de la contemplation, les patientes sont conscientes des problèmes que connaît leur relation. Il est possible qu'elles divulguent la violence dont elles font l'objet à des amis ou à des membres de la parenté. Bien qu'elles ne se soient pas encore engagées envers un processus de changement à ce moment, elles peuvent disposer de plans mal définis visant un changement dans les six mois suivants. Elles en sont alors à mettre en balance les avantages et les désavantages de leur situation actuelle, et il est possible qu'elles se préoccupent des conséquences qui découlent de leur environnement actuel ou qui pourraient découler de la modification de celui-ci. Cette phase peut être prolongée^{123-126,189}.

À cette étape, l'intervention efficace devrait une fois de plus comprendre le fait de rassurer la patiente et de l'inciter à procéder à la planification de sa sécurité. La discussion peut être centrée sur les raisons pouvant être envisagées par la patiente en ce qui a trait à la modification de sa relation actuelle, ainsi que sur la rédaction d'une liste des avantages et des inconvénients. L'analyse des tentatives précédentes, le cas échéant, de procéder à des changements peut s'avérer utile. L'orientation de la patiente vers des ressources communautaires pourrait aider celle-ci à approfondir sa compréhension de la situation et à obtenir du soutien.

Préparation : la personne planifie des mesures à mettre en œuvre au cours du mois qui suit

Au cours de l'étape de la préparation, les patientes sont conscientes de la violence qu'elles subissent et se sont engagées envers la mise en œuvre de mesures concrètes au cours du mois qui suit. Il est possible que de petits changements soient déjà en cours et que la patiente indique qu'elle incite son partenaire à se prévaloir de services de counseling, qu'elle cherche à bénéficier de conseils juridiques ou encore à obtenir les documents nécessaires aux mesures prévues. Il est également possible que la patiente indique avoir tenté d'apporter des changements au cours de l'année précédente; toutefois, elle en est à ce moment à recommencer le processus. Cette étape peut s'avérer particulièrement dangereuse pour la patiente et sa famille^{123-126,144}.

À ce moment, l'intervention devrait principalement chercher à soutenir la patiente; son médecin devrait lui offrir toute l'aide nécessaire¹²⁸. La patiente devrait être encouragée à disposer d'un plan de changement concret. Le plan de sécurité devrait être soigneusement analysé. Le médecin devrait procéder aux orientations appropriées.

Modèle des étapes du changement (suite de la page 399)Action : la personne procède activement à la mise en œuvre de changements

Au cours de l'étape de l'action, les patientes procèdent aux changements auxquels elles s'étaient préparées. Le changement peut inclure toute mesure visant l'amélioration du milieu actuel et non pas nécessairement le fait de quitter le partenaire. La formation ou la recherche d'un emploi à l'extérieur du foyer, la participation à des sessions de counseling personnel ou de groupe, ou le fait d'exiger du partenaire qu'il cherche à bénéficier d'un traitement sont quelques-unes des activités que l'on peut constater au cours de cette étape. Les personnes de l'entourage ont beaucoup plus conscience des mesures mises en œuvre au cours de cette étape, par comparaison avec ce qui a été mis en œuvre au cours des étapes précédentes. On constate habituellement un engagement solide et un niveau élevé d'énergie au cours de cette étape. Cette étape peut elle aussi s'avérer particulièrement dangereuse pour la patiente et sa famille. Il s'agit également du moment où la patiente présente le plus de risques de rechute, en raison des tentations ou des défis qui peuvent mener au retour de la situation précédente^{123-126,140}.

Des consultations de suivi régulières visant à offrir du soutien et à surveiller la situation en matière de sécurité sont utiles à cette étape¹²⁸. Une orientation continue vers des ressources appropriées devrait être mise en œuvre.

Maintien : la personne consolide ses acquis, résiste aux pressions ou connaît une rechute

Au cours de l'étape du maintien, la personne poursuit ses efforts afin d'éviter le retour de la situation précédente. La réussite est facilitée par la présence d'un système de soutien solide et continu^{123-126,144}. Les services de suivi et d'orientation continue d'un médecin peuvent contribuer à ces efforts¹²⁸. La sécurité demeure toujours une préoccupation et doit constamment faire l'objet d'une évaluation.

On assiste à la suppression du problème lorsque la patiente n'est soumise à aucune autre tentation quant à la rechute et lorsqu'elle fait preuve d'une confiance absolue envers son nouveau milieu¹²⁶.

quant à la réduction en bout de ligne du nombre d'épisodes violents⁹¹.

Lorsqu'une intervention telle qu'un test ou une thérapie est recommandée, ses effets néfastes potentiels doivent être évalués. Par exemple, en plus de ses avantages prévus en matière de prévention des décès pour cause de cancer, le dépistage pratiqué au moyen de la mammographie génère également des résultats faux positifs ou faux négatifs, ainsi que des complications attribuables au processus de dépistage en tant que tel.

Des débats récents au sujet du dépistage ont fait leur apparition à la suite de la publication de certaines méta-analyses et directives cliniques factuelles au R.-U., aux É.-U. et au Canada^{3,6,7}.

Bien que les effets néfastes potentiels aient été cités comme raison de ne pas procéder au dépistage, 18 chercheurs s'intéressant à la violence exercée contre les femmes ont, en réponse à la *USPSTF Draft Recommendation and Rationale Statement on Screening for Violence*, rédigé ce qui suit : « depuis la publication des recommandations de 1996, pour autant que nous sachions, aucune recherche n'avance que l'évaluation et/ou les interventions menées dans des milieux de santé entraînent des effets nocifs pour les patientes⁹² ». L'allégation du chercheur de l'USPSTF selon laquelle le dépistage s'avère nocif n'est ni étayée ni corroborée⁹².

Des études (dont des essais expérimentaux) financées par des organisations telles que les Instituts de recherche en santé du Canada, le Conseil Ontarien des services de santé pour les femmes, les *Centres for Disease Control and Prevention* américains et le *US National Center for Injury Prevention and Control* sont actuellement en cours et devraient être en

mesure de clarifier l'efficacité des interventions fondées sur les soins de santé⁷.

Néanmoins, la littérature existante nous donne un aperçu initial des pratiques efficaces. Par exemple, les femmes consultées en entrevue ont indiqué qu'elles avaient le sentiment que le fait de poser des questions au sujet de la VPI constituait une intervention efficace⁹³⁻⁹⁶, puisqu'elle permettait de réduire l'isolement, de valider les expériences des femmes, d'aider ces dernières à identifier les liens possibles entre les symptômes et leur situation de vie, d'offrir des renseignements et d'améliorer l'estime de soi des femmes en question. Le dépistage et l'intervention au cours de la grossesse ont entraîné une hausse notable des taux de comportements de sécurité⁹⁷ et une baisse importante des taux de menaces et de voies de fait⁹⁸. L'établissement d'un climat de confiance favorisant la divulgation, la normalisation du sujet par l'intermédiaire d'affiches de salle d'attente et d'une documentation destinée aux patientes, le fait de réagir de façon appropriée à la divulgation et le fait de permettre aux femmes de prendre le temps de traiter l'information et de réagir aux orientations appropriées constituent tous des composantes essentielles de l'intervention menée dans des milieux de santé^{3,99}.

Nous disposons d'un nombre appréciable de résultats soutenant l'orientation des femmes qui ont passé au moins une nuit dans un refuge vers un programme structuré et à phases multiples de services de défense des droits⁹¹. Parmi ces services, on trouve l'aide à la planification de la sécurité et à l'accès à des ressources communautaires telles que l'hébergement, l'emploi et le soutien social.

Déclarations sommaires

1. Au moins trois analyses systématiques du « dépistage » de la VPI ne sont pas parvenues à obtenir des preuves suffisantes pour recommander ou non le recours au dépistage systématique. Le fait de poser aux femmes des questions sur la violence ne constitue pas une intervention de dépistage : les victimes ne sont pas asymptomatiques; la divulgation ne constitue pas un résultat d'analyse, il s'agit bien d'un acte volontaire; de plus, la présence ou l'absence de violence est indépendante de la volonté de la victime; la plupart des interventions nécessaires pour la protection et le soutien des réchappées sont de nature sociétale et non médicale. (I)

2. Dans le cas des femmes enceintes, les interventions cliniques qui comprenaient des services de counseling visant à accroître les comportements liés à la sécurité ont mené à l'adoption de ces pratiques (I) et à des réductions du nombre d'incidents violents. (II)

i. Recherche de renseignements au sujet de la VPI

Des études laissent entendre que le manque de formation, des contraintes de temps, des connaissances partielles en matière de prévalence et de traitement, ainsi qu'un manque d'intérêt et de compassion constituent des obstacles importants pour les professionnels de la santé. Les obstacles de cet acabit qui sont le plus couramment cités sont les obstacles de nature affective et les lacunes des connaissances des fournisseurs de soins. Il a été démontré que l'offre d'une formation permettant de répondre de façon appropriée aux besoins des femmes qui divulguent être victimes de violence et que le fait d'accroître les connaissances des fournisseurs de soins, en matière de ressources et de services de soutien, parvenaient à atténuer l'anxiété et les préoccupations entourant la tenue d'une discussion sur le sujet¹⁰⁰⁻¹⁰².

L'embarras et la honte, par exemple, ont été cités par certaines femmes comme étant des obstacles à la divulgation, alors que d'autres mentionnent plutôt la peur de représailles de la part de leur partenaire¹⁰³. Parmi les autres raisons pour lesquelles il est possible que les femmes choisissent de ne pas procéder à la divulgation, on trouve la peur de perdre la garde de leurs enfants, le manque de connaissances au sujet des sources de soutien et des services¹⁰³, la dépendance économique, la volonté de prévenir l'éclatement de la famille, la peur d'être rejetée par la communauté, ainsi que la peur de voir leur partenaire être condamné par le système judiciaire. Pour certaines immigrantes et réfugiées, on peut également constater des peurs additionnelles associées à leur statut d'immigrante et à leurs ententes de parrainage familiales.

Les femmes ne lancent pas facilement un appel à l'aide lorsqu'elles se trouvent dans des situations de violence. Ce n'est qu'au cours de la dernière décennie que la violence a

été reconnue à titre de problème de santé. Ainsi, il est possible que les femmes ne la reconnaissent pas à ce titre jusqu'à ce que leur professionnel de la santé aborde le sujet^{104,105}. Dans le cadre de recherches qualitatives, parmi les obstacles à la divulgation mentionnés par les femmes, on trouvait des préoccupations au sujet de la confidentialité et des conséquences juridiques, ainsi que l'impression selon laquelle les médecins devaient être trop occupés ou trop peu intéressés pour poser des questions à ce sujet. La plupart des femmes n'ont pas procédé à la divulgation de façon spontanée, mais bien seulement à la suite de questions à ce sujet⁸⁰.

Avant même de poser les questions d'usage, il est possible d'aider les patientes violentées à divulguer leur situation en assurant un milieu sûr et favorable à la divulgation. La décision quant à savoir quoi, quand et comment demander est tributaire du milieu où se déroule la consultation clinique : dans une salle d'urgence, il est possible que le médecin cherche à obtenir des renseignements au sujet d'une blessure, alors que dans le cadre de soins prénatals, les questions du médecin pourraient bien viser la relation de couple. La nature de la relation entre le médecin et la patiente (une consultation unique par comparaison avec l'offre de soins continus, par exemple) exerce également une influence sur la façon dont le dépistage de la VPI s'effectue⁴⁶.

Dans le cadre d'études qualitatives, les femmes ont affirmé que le fait de se faire poser des questions sur la VPI les avait aidées à reconnaître l'existence du problème et avait permis de rompre le silence, de valider leurs sentiments et d'entamer le processus de changement¹⁰⁶.

Les questions peuvent être posées directement par un fournisseur de soins de santé ou prendre la forme de questionnaires auto-administrés (copie papier ou format électronique)¹⁰⁷. En ce qui concerne les questions posées directement, plusieurs instruments ont été mis au point; certains d'entre eux ont d'ailleurs été validés¹⁰⁸ (reportez-vous à l'Annexe C pour des exemples). La recherche en matière de dépistage de la VPI a démontré que le recours à quelques brèves questions constituait l'approche la plus réaliste dans la plupart des milieux de santé, du point de vue du fournisseur de soins de santé¹⁰⁹⁻¹¹². De plus, les questions portant sur les comportements (comme une gifle ou un coup de pied) ou sur les relations sexuelles sans consentement s'avèrent moins ambiguës que celles qui utilisent des mots tels que « sévices » ou « agression »^{18,96,113,114}.

Des études qualitatives laissent entendre que, en ce qui concerne la divulgation, la nature de la relation médecin-patient (inspirant la confiance, non moralisatrice, respectueuse, etc.) est plus importante que les questions particulières qui sont posées. Parmi les stratégies favorisant

la divulgation, on trouve la normalisation (p. ex. « je pose cette question à toutes mes nouvelles patientes »), la démonstration d'empathie ou d'une préoccupation (p. ex. « je me demande si les sévices dont vous faites l'objet ont pour effet d'aggraver vos maux de tête ») et la démonstration d'un intérêt et d'une capacité à aider¹¹⁵. Bien que le recours à des questions axées sur les comportements ait été conseillé, les recherches menées auprès des femmes violentées laissent entendre que la « façon » dont les questions sont posées revêt une plus grande importance que les mots utilisés¹¹⁶.

Déclarations sommaires

1. La formation des fournisseurs de soins de santé pourrait mener à l'atténuation des réticences en ce qui concerne le fait de poser des questions au sujet de la violence. (III)
2. La plupart des femmes ne divulguent pas spontanément les incidents de VPI dont elles font l'objet, et ce, en raison de multiples obstacles subjectifs; toutefois, elles choisissent souvent de le faire à la suite d'une demande de renseignements en ce sens. (III)
3. Il existe plusieurs questionnaires validés pour la recherche de renseignements au sujet de la VPI; cependant, la nature de la relation médecin-patiente et la façon dont les questions sont posées semblent être plus importantes que l'outil de dépistage utilisé. (III)

Recommandation

1. Les fournisseurs de soins de santé devraient inclure des questions au sujet de la violence dans le cadre de l'évaluation de la santé comportementale de leurs nouvelles patientes, à l'occasion des consultations préventives annuelles, dans le cadre des soins prénatals, ainsi qu'en réaction à des symptômes ou à des états pathologiques associés à la violence. (B)

ii. Réaction à la divulgation et à la non-divulgation

Les études qui se penchent sur les réactions que les femmes souhaitent obtenir à la suite de la divulgation laissent entendre que ces femmes souhaitent que les professionnels de la santé leur posent des questions directes au sujet de la violence, qu'ils les écoutent et soient prêts à les croire, qu'ils se préoccupent de leur sort, qu'ils adoptent une attitude non moralisatrice, qu'ils fassent preuve de soutien et qu'ils les orientent vers des refuges et des services de counseling, de soutien social et d'aide juridique^{96,117,118}.

Bien que la recherche sur les issues de l'intervention clinique soit toujours en cours, la plupart des organisations professionnelles et communautaires disposent de protocoles recommandant une série d'étapes pour l'offre de services aux femmes lorsque la présence de violence est soupçonnée ou divulguée^{44,119}. (OMA, CMFC, ACOG). Ces protocoles recommandent que les médecins documentent les sévices infligés, effectuent un examen

physique au besoin, valident le droit de la patiente à vivre sans violence, discutent de la sécurité et orientent la patiente vers des services sociaux et juridiques. En présence d'enfants au foyer, des interventions supplémentaires peuvent s'avérer nécessaires pour s'assurer qu'ils bénéficient d'une protection et de soins adéquats.

Une étude publiée récemment qui a fait appel à des groupes de discussion comprenant des femmes ayant déjà subi de la violence a affirmé que l'orientation vers des services utiles (tels que la défense des droits, la formation professionnelle et le soutien financier) constituait l'intervention la plus importante que les professionnels de la santé pouvaient mettre en œuvre¹²⁰. Au moins une étude a démontré que lorsque l'on offre aux femmes enceintes des renseignements sur les façons d'accroître leur propre sécurité, ces femmes adoptent et mettent en œuvre rapidement les suggestions en question, peu importe si elles choisissent de quitter leur partenaire ou non¹²¹. Lorsqu'une femme prévoit quitter son partenaire, elle devrait être avisée de ne pas lui en glisser mot, puisque « les femmes courent des risques accrus de subir de graves sévices ou même d'être assassinées peu après avoir quitté leur mari ou partenaire »^{10,122}.

Le modèle des étapes du changement a été conçu, à l'origine, par Prochaska dans les années 1980 (sous le titre de *Transtheoretical Model of Health Behaviour Change*) à partir d'une analyse des théories de la psychothérapie et de la modification du comportement¹²³⁻¹²⁵. Bien que le raffinement initial de ce modèle se soit déroulé dans le cadre de recherches sur l'abandon du tabac, on a constaté qu'il pouvait s'appliquer à d'autres domaines de la modification du comportement dans le cadre de recherches sur l'obésité, la toxicomanie, les pratiques sexuelles sûres et la délinquance juvénile¹²⁵. Ce modèle a également été proposé à titre d'outil pour les médecins appelés à traiter des femmes subissant une situation de VPI^{126,127}, et ce, en vue d'évaluer la volonté de changer et d'adapter les interventions de façon appropriée. Le recours à ce modèle peut accroître l'efficacité des consultations et la satisfaction tant du médecin que de la patiente. Des études ont soutenu la concordance entre le modèle des étapes du changement et la façon dont les femmes décrivent comment elles ont survécu à la violence qu'elles ont subie^{105,127-129}; ces mêmes études ont également décrit les procédés et les concepts utilisés par les femmes tout au long de leur cheminement au cours de ces étapes¹²⁷. Notamment, dans le cas de la VPI, le comportement violent est indépendant de la volonté de la victime; celle-ci ne peut contrôler que ses propres comportements, choix et décisions¹²¹. Des interventions fondées sur ces étapes ont été proposées^{105,127,128}, mais de plus amples recherches s'avèrent nécessaires pour définir, mettre en œuvre et évaluer ces interventions¹³⁰.

Déclaration sommaire

1. Les femmes considéraient que l'orientation vers des services utiles (défense des droits, formation professionnelle et soutien financier) constituait le service le plus important pouvant être offert par les professionnels de la santé (III).

Recommandation

1. L'application du modèle des étapes du changement aux services de counseling offerts aux femmes subissant une situation de VPI nécessite des efforts approfondis d'évaluation et de recherche. (I)

iii. Documentation et questions juridiques

Les professionnels de la santé ont la responsabilité de documenter leurs consultations avec leurs patientes conformément aux normes de leur profession et au milieu clinique au sein duquel ils effectuent leurs activités. La tenue de dossiers s'avère utile à plusieurs égards.

Elle contribue à l'élaboration d'hypothèses diagnostiques et de plans de traitement, au suivi de l'évolution des états chroniques, à l'obtention de données pour les études de contrôle de la qualité, ainsi qu'à la création de dossiers documentaires à des fins médico-légales¹³¹. La divulgation des dossiers à une tierce partie nécessite le consentement écrit de la patiente, à moins que le médecin en question ait fait l'objet d'une assignation à témoigner¹³². Le recours à une documentation appropriée est considéré comme une composante essentielle des interventions, tant à long qu'à court terme, auprès des victimes de VPI¹³³.

Une étude canadienne récente expose les dilemmes qu'occasionne l'utilisation des dossiers médicaux à des fins juridiques, ainsi que la façon dont cette utilisation est perçue par les juristes et les professionnels de la santé, les défenseurs des femmes violentées et les femmes violentées elles-mêmes. Bien que le recours aux dossiers de santé s'avère parfois utile aux femmes devant les tribunaux, ces dossiers sont souvent utilisés pour miner leur crédibilité ou dans l'espoir qu'elles retireront leur plainte en vue de protéger leur vie privée. Les auteurs de cette étude en concluent que les systèmes de santé et les systèmes juridiques soutiennent tous des points de vue normatifs quant au sexe qui peuvent agir comme des filtres pouvant fausser l'interaction patiente-médecin, la tenue de dossiers et l'utilisation subséquente de ces dossiers¹³⁴.

Les auteurs d'une étude américaine sur la tenue de dossiers dans les cas de VPI ont formulé les recommandations suivantes :

Les fournisseurs de soins de santé peuvent améliorer la tenue de dossiers de maintes façons, telles qu'en consignait des renseignements factuels plutôt qu'en rédigeant des conclusions ou des déclarations récapitulatives, en photographiant les blessures, en prenant note du comportement de la patiente, en indiquant clairement que les déclarations consignées proviennent de

la patiente, en évitant d'utiliser des termes pouvant mettre en doute la crédibilité de la patiente, en s'abstenant d'utiliser des termes juridiques, en consignait l'heure à laquelle la patiente a été examinée et en écrivant de façon lisible¹³⁵.

Les fournisseurs de soins de santé n'ont pas l'obligation de signaler les sévices infligés à des adultes. Cependant, dans certaines circonstances où la victime est de sexe féminin, il est possible que les enfants se trouvant au foyer, le cas échéant, subissent également des sévices. Au Canada, les professionnels sont légalement tenus de signaler à une agence de protection de l'enfance les sévices avérés ou soupçonnés à l'égard des enfants. De plus, de nombreux territoires de compétence exigent le signalement des situations dans le cadre desquelles des enfants peuvent courir des risques de sévices physiques ou affectifs. La plupart des territoires de compétence considèrent que les enfants qui assistent à des sévices physiques au foyer courent des risques de sévices affectifs ou de négligence; certains de ces territoires de compétence exigent le signalement de ces situations à une agence de protection de l'enfance¹¹.

Pour une analyse exhaustive des obligations juridiques, consultez le document de Santé Canada intitulé « Guide traitant des femmes victimes de violence et du système canadien de justice pénale : lignes directrices à l'intention des médecins »¹⁰. (Document également disponible au http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/physician_f.pdf)

Déclarations sommaires

1. La tenue de dossiers adéquats est particulièrement importante dans le cas des victimes de VPI. Il est possible que des dossiers créés pour des raisons cliniques soient utilisés à des fins juridiques. (III)

2. À moins de faire l'objet d'une assignation à témoigner, les médecins ne peuvent divulguer le contenu de leurs dossiers qu'à la suite du consentement écrit de leurs patientes, lequel doit préciser les renseignements devant être divulgués. (III)

Recommandations

1. Les professionnels de la santé devraient prendre des notes cliniques claires, lisibles et objectives, en ayant recours aux propres mots de la patiente pour décrire la violence subie, en plus d'y ajouter des diagrammes et des photographies, au besoin. (B)

2. Dans le doute, les médecins devraient consulter le service des dossiers médicaux ou encore leur ordre professionnel afin d'obtenir des conseils sur la divulgation des dossiers. (B)

V. Rôles et responsabilités

A. Soutien professionnel et coordination

Le recours à une approche de santé publique face à un problème tel que la VPI aide les professionnels de la santé à

mieux comprendre leurs rôles et responsabilités. Puisque la violence, y compris la VPI, ne constitue pas seulement un problème médical mais également un problème social, sa prévention primaire ne relève pas d'une intervention clinique. Même la prévention secondaire, telle que le fait de répondre aux besoins d'une femme ayant divulgué une situation de VPI, doit comprendre des interventions se situant à l'extérieur du cadre de la clinique médicale.

L'élaboration d'une réaction coordonnée rassemblant les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux, en vue de la conception et de la mise en œuvre d'une stratégie globale de mise au point de services, de modification de politique et de prévention, constitue le changement le plus important devant se produire en ce qui a trait à la façon dont les communautés abordent la question de la violence exercée contre les femmes. Cette approche est fondée sur le fait que la modification d'une des facettes des services de réaction à la violence, sans procéder à la modification du système, peut en réalité aggraver la situation. Par exemple, une femme violentée pourrait être identifiée sans pouvoir être protégée ou, encore, un contrevenant pourrait être arrêté sans être traduit en justice par la suite¹³⁶.

Une telle approche axée sur la prévention complète les activités considérées comme relevant de la prévention secondaire (dont les efforts mis en œuvre par le système de justice pénale et le secteur des services sociaux, et la réaction de ceux qui fournissent des soins de santé).

Les médecins parviennent à atteindre une certaine aisance face aux urgences médicales en raison de l'infrastructure (matériel, personnel, protocoles, etc.) mise en place pour soutenir leurs actions. Cela n'est souvent pas le cas en ce qui concerne la réaction à la VPI. La recherche laisse entendre que le soutien administratif apporté aux programmes d'intervention visant la VPI entraîne une amélioration des efforts des professionnels de la santé, en ce qui concerne l'identification des femmes violentées¹³⁷⁻¹³⁹. L'offre de sessions de formation aux résidents et aux professeurs entraîne également une amélioration de l'aisance professionnelle et de la capacité à venir en aide aux femmes violentées^{128,140,141}. Les techniciens et les autres paraprofessionnels peuvent être formés pour réduire l'inconfort physique et affectif occasionné par certaines interventions intrusives ou intimes, telles que l'ultrasonographie transvaginale et la mammographie¹⁴².

Pour soutenir les professionnels de la santé, les établissements et les systèmes de santé doivent s'engager à titre de partenaires dans le cadre d'une réaction intersectorielle et sociétale. Les organisations professionnelles et les organismes d'agrément jouent un rôle important dans la mise en place des normes encadrant l'intervention clinique.

Au sein du secteur de la santé, les fournisseurs de soins requièrent un milieu physique favorable, une formation continue, des ressources humaines appropriées (c.-à-d. des équipes multidisciplinaires), de forts liens avec la communauté et des réseaux d'orientation efficaces. Les établissements devraient disposer de protocoles écrits en matière de VPI, de documents destinés aux clientes et de listes à jour des ressources communautaires. De tels programmes peuvent être évalués (taux d'enquête, taux d'orientation, satisfaction de la clientèle et des professionnels, etc.) en vue de favoriser l'amélioration continue⁴⁶. À l'extérieur du cadre clinique, les professionnels de la santé doivent agir à titre de défenseur de la cause aux niveaux local, provincial et national¹⁴³.

Compte tenu de l'état des connaissances et de la prévalence du problème, les professionnels de la santé devraient jouer un rôle actif afin de soutenir les femmes qui subissent une situation de VPI en leur posant des questions à ce sujet, en assurant une bonne documentation des cas et en orientant leurs patientes vers des ressources appropriées.

Déclarations sommaires

1. La mise sur pied d'une stratégie globale d'élaboration de services et de prévention de la VPI nécessite un apport coordonné de la part des travailleurs communautaires et de la santé. (III)
2. L'offre d'un soutien administratif et de sessions de formation améliore les capacités des résidents et des professionnels en ce qui concerne le dépistage des femmes victimes de violence et l'offre d'une aide à ces dernières. (III)

Recommandations

1. Les organisations professionnelles, les organismes d'agrément et les institutions devraient établir des normes et soutenir des mesures de contrôle de la qualité en ce qui concerne les programmes visant la VPI. (B)
2. Les fournisseurs de soins de santé ont besoin d'un milieu qui les soutient, d'une formation continue, de ressources humaines appropriées (c.-à-d. des équipes multidisciplinaires), de forts liens avec la communauté et de réseaux d'orientation efficaces. (B)
3. Les institutions et les cabinets de cliniciens devraient disposer de protocoles en ce qui concerne la VPI, de documents destinés aux clientes et de listes à jour décrivant les ressources communautaires disponibles. (B)

B. Stratégies visant à soutenir les femmes qui subissent une situation de VPI

i. Création du milieu

Les documents imprimés, y compris les affiches, devraient être placés bien en vue et de façon stratégique en vue de faciliter l'accès aux ressources (p. ex. salle de bain des

patientes et salles d'examen). Tous les membres du personnel, y compris les réceptionnistes et le personnel administratif, devraient être formés quant aux politiques et aux interventions visant la protection de la vie privée et de la sécurité des femmes violentées. (Reportez-vous à l'Annexe B.)

Un milieu sûr et permettant d'assurer la confidentialité devrait être à la disposition des intervenants pour la prise des antécédents. Les outils de tenue de dossiers et les renseignements d'orientation devraient faire l'objet d'un examen à intervalles réguliers (p. ex. à tous les ans), afin d'en assurer la mise à jour. (Pour un exemple d'outil de tenue de dossier, reportez-vous à l'Annexe A.)

Recommandation

1. Des milieux sûs et confidentiels, du personnel bien formé, des ressources destinées aux patientes (dépliants et affiches) et des outils destinés aux fournisseurs des soins (tels que des listes de vérification, des instruments de documentation et des orientations facilitées) sont nécessaires pour faciliter la divulgation de la VPI. (B)

ii. Approches en ce qui a trait à la recherche de renseignements

Le recours à une approche compatissante, non moralisatrice et respectueuse peut faciliter la divulgation. Les professionnels de la santé devraient être conscients que les femmes soumises à un examen sont plus vulnérables et moins enclines à la divulgation. De nombreux fournisseurs de soins facilitent la divulgation en adaptant la langue et les questions utilisées à la patiente. Les questions au sujet de comportements particuliers (tels que les gifles, les coups de pied, les bousculades, les relations sexuelles forcées, etc.) sont préférables aux questions générales au sujet de la violence. (Pour des exemples de questions à utiliser, reportez-vous à l'Annexe C.) Les intervenants devraient aviser les mères de leurs obligations en matière de protection de l'enfance avant de leur poser des questions sur la violence au foyer.

Il est possible que les fournisseurs de soins choisissent d'inclure des questions sur la violence dans le cadre de l'évaluation de la santé comportementale de leurs nouvelles patientes ou dans celui des examens de prévention annuels. La relation de confiance qui s'établit entre la patiente et le professionnel de la santé au cours des soins de maternité crée un milieu idéal pour la pose de questions directes.

Certains fournisseurs de soins posent les questions suivantes à propos des symptômes : « Certaines de mes patientes présentant ces symptômes (maux de tête, blessures) connaissent des difficultés à la maison. Serait-ce le cas pour vous aussi? » Les problèmes tels que la toxicomanie, la dépression, les plaintes de nature sexuelle, les blessures ne correspondant pas aux explications fournies, les consultations multiples en raison de plaintes

mal définies, les absences fréquentes aux rendez-vous, les réponses évasives, la peur et les pleurs fréquents sont tous des indicateurs associés à des risques accrus de violence. La présence d'un partenaire dominateur qui refuse de quitter la salle d'examen devrait pousser les intervenants à poser des questions au sujet de la violence (cependant, cela peut ne pas être applicable en milieu interculturel).

Recommandations

1. Les fournisseurs de soins devraient être compatissants, ne pas être moralisateurs et faire preuve de respect au moment de chercher à obtenir des renseignements au sujet de la VPI. (B)

2. Les questions au sujet de la VPI devraient être axées sur les comportements. (B)

iii. Réaction à la non-divulgation

Il est possible que certaines femmes répondent toujours « non » aux questions directes, même en présence de forts indicateurs de violence. La non-divulgation peut être motivée par bon nombre de raisons à ce moment. Si vous estimez qu'il est possible qu'une patiente soit exposée à des risques, bien qu'elle choisisse de ne pas procéder à la divulgation de sa situation ou de répondre « non » à vos questions directes, vous devriez

- Respecter sa décision et lui indiquer que vous êtes toujours disponible si la situation en venait à changer.
- Indiquez-lui l'endroit où se trouvent les dépliants ou les autres ressources.
- Incitez-la à vous consulter de nouveau pour la mise en œuvre de mesures de prévention (tests de Pap, etc.) et pour assurer son suivi médical.
- Même lorsqu'une patiente choisit de ne pas procéder à la divulgation de sa situation, il est possible que vos questions soient parvenues à faire pencher la balance. Plusieurs tentatives peuvent s'avérer nécessaires avant que la patiente ne se sente suffisamment à l'aise pour vous divulguer sa situation. (Reportez-vous au Tableau 4 de l'Annexe D.)

Recommandation

1. La décision de la patiente quant la divulgation ou non de la VPI dont elle fait l'objet doit être respectée. (B)

iv. Réaction à la divulgation

L'approche et l'intensité d'intervention qu'adoptera un médecin face à une femme qui lui divulgue une situation de violence varieront en fonction du contexte dans lequel se déroule la divulgation (service d'urgence par comparaison avec la salle de travail) et de la nature de la relation professionnelle (cliente à long terme par comparaison avec consultation unique).

Lorsqu'une femme confirme ou divulgue une situation de violence, n'oubliez pas que vous êtes peut-être la première

personne à qui elle a choisi de se confier. Validez ses sentiments. Dites-lui qu'elle n'est pas à blâmer pour la situation qu'elle subit. Demandez-lui son opinion quant à la façon dont la violence l'a affectée sur les plans affectif et physique. Discutez avec elle des conséquences potentielles de la violence sur son bien-être physique, affectif et psychologique, ainsi que sur celui de son ou ses enfants.

Voici les composantes essentielles devant faire partie de la consultation :

- Documentation des antécédents et des constatations physiques
- Évaluation du risque
- Élaboration d'un plan de sécurité
- Offre de services appropriés d'orientation et de suivi
- Interventions au nom des enfants et des adolescents

iv.a. Documentation des antécédents et des constatations physiques

Puisque les interventions auprès des victimes de VPI s'échelonnent dans le temps, les médecins (travaillant seuls ou en groupes) devraient déterminer la façon dont le cumul des renseignements au sujet de la situation de violence, la réaction de la patiente à cette dernière et les efforts déployés pour lui venir en aide doivent être consignés. Certains médecins préfèrent intégrer ces renseignements à leurs notes habituelles; d'autres choisissent de faire appel à des formulaires spécialement conçus.

Pour utiliser la liste de contrôle des sévices infligés aux femmes (Annexe A), téléchargez le document Word dans votre ordinateur. Décidez du moment de la prochaine révision du document (des révisions annuelles sont recommandées), puis inscrivez cette date dans la case « date d'expiration » (située dans le coin inférieur droit). Inscrivez vos renseignements particuliers dans chacune des cases, tel que cela est indiqué. Une fois la liste de contrôle rédigée, sauvegardez-la. Assurez-vous de l'imprimer (recto-verso) sur du papier de couleur; ainsi, elle sera facile à repérer dans le dossier médical d'une patiente.

Dans les cas où des blessures physiques sont associées à une situation de VPI, les fournisseurs de soins ne devraient consigner que des renseignements objectifs portant sur les blessures et l'état mental de la patiente. Évitez d'émettre des hypothèses quant aux causes des blessures, au comportement de la patiente ou à son état émotif.

Utilisez les propres mots de la patiente pour décrire les événements. Évitez les phrases débutant par « La patiente prétend que... » ou « La patiente soutient que... ». Utilisez plutôt une langue neutre, par exemple : « La patiente affirme que... ».

Lorsque les explications fournies par la patiente ne concordent pas avec votre évaluation des causes de la blessure à l'examen (par exemple, « la patiente affirme s'être

frappée l'estomac en ouvrant une portière de voiture, ce qui ne concorde pas avec le type de blessure constaté. Les deux côtés de l'abdomen sont tuméfiés et une petite lacération apparaît au coin de l'œil gauche »), prenez-en note.

Faites appel à des pictogrammes et à des outils de tenue de dossiers pour documenter les tuméfactions et les blessures. Décrivez les autres tuméfactions ou plaies qui en sont à diverses étapes de guérison. Parfois, il peut s'avérer nécessaire de procéder à une réévaluation de 24 à 48 heures plus tard, puisqu'il est possible que la tuméfaction n'apparaisse pas immédiatement à la suite d'une agression. Si vous disposez d'un appareil photo et du consentement de la patiente, vous pouvez ajouter des photographies au dossier. N'oubliez pas de placer une règle ou un ruban à mesurer près des lésions à photographier, afin de consigner leurs dimensions avec précision. (Reportez-vous à l'Annexe E pour un exemple de carte du corps.)

iv.b. Évaluation du risque

L'évaluation du risque peut simplement se résumer au fait de poser la question « Vous sentez-vous à l'aise de retourner à la maison aujourd'hui? » ou encore prendre une forme aussi complexe que celle des questions utilisées par les centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle de l'Ontario (Reportez-vous à l'Annexe F). L'exécution d'une évaluation du risque permet au fournisseur de soins de santé de déterminer l'urgence avec laquelle il doit procéder à une orientation dans le cas d'une patiente donnée. Lorsqu'une femme ne se sent pas à l'aise de retourner à la maison, lorsqu'elle indique qu'il y a eu escalade de la gravité ou de la fréquence de la violence ou lorsqu'elle présente, à la suite de l'évaluation, des risques élevés de faire l'objet de blessures ou d'un homicide, il s'avère impératif de prendre des mesures immédiates et définitives avec, bien sûr, le consentement et la collaboration de la femme en question.

iv.c. Élaboration d'un plan de sécurité

Les femmes devraient bénéficier d'une aide pour l'identification des mesures de sécurité à prendre afin de se préparer à la possibilité de la poursuite de la violence. Un plan de sécurité comprend des mesures particulières à prendre, pendant que la patiente demeure avec le partenaire violent ou à la suite de son départ du foyer, en présence d'une escalade des risques. Il est important que la patiente se familiarise avec le plan en l'examinant et/ou en le révisant régulièrement. Bien que dans la plupart des cas il soit préférable d'orienter les femmes vers des conseillers expérimentés en vue de la création d'un plan de sécurité, les professionnels de la santé devraient disposer de connaissances suffisantes à ce sujet pour être en mesure d'offrir du soutien et du renforcement. Dans certaines circonstances, il peut s'avérer que le professionnel de la santé souhaitant orienter sa patiente constitue la seule source disponible pour la planification de la sécurité.

Dans le cas d'une patiente vivant toujours avec le partenaire violent, il faut l'inciter à examiner soigneusement un plan détaillant avec précision ce qu'elle ferait et où elle irait, si elle en venait à devoir fuir^{9,145}. Suggérez-lui d'établir un code, avec son voisin ou ses enfants, qui lui permettrait de leur indiquer son besoin d'une aide policière; de plus, assurez-vous de sa capacité d'obtenir accès au numéro de téléphone du service d'aide ou du refuge local.

Il est possible pour la patiente d'accroître sa sécurité au cours d'un incident explosif en se réfugiant dans une pièce qui compte une voie de sortie; en évitant la salle de bain, la cuisine ou toute autre pièce où peut se trouver une arme; en faisant autant de bruit que possible; et en enseignant aux enfants la façon de communiquer avec la police.

De nombreuses organisations conseillent également aux femmes de dissimuler les articles suivants ou de les confier à un ami, à un membre de la famille ou à leur avocat :

- passeports, certificats de naissance, documents d'immigration pour tous les membres de la famille (originaux ou photocopies)
- dossiers scolaires et d'immunisation
- cartes d'identité (p. ex. assurance sociale, permis de conduire et immatriculation, assurance maladie, cartes bancaires, cartes de crédit)
- le plus d'argent possible, les comptes bancaires, les chèquiers
- les médicaments et les ordonnances
- le bail ou l'entente de location, l'acte de propriété, le carnet de versements hypothécaires, les documents d'assurance
- les documents de divorce, la documentation associée à la garde des enfants, les ordonnances de la cour, les ordonnances d'interdiction de communiquer, le certificat de mariage
- les clés de la maison, de la voiture, du coffre-fort
- une photo du conjoint ou du partenaire
- le carnet d'adresses et/ou de numéros de téléphone

Les femmes peuvent également préparer une valise (contenant des vêtements de rechange pour elles-mêmes et leurs enfants, des jouets ou des accessoires particuliers, des bijoux, etc.) et la confier à un ami. Lorsqu'une femme prévoit quitter le foyer, elle devrait songer à emmener les enfants avec elle, dans la mesure du possible.

Dans le cas des femmes et des enfants qui ne demeurent pas avec le partenaire violent, le plan de sécurité devrait comprendre des étapes visant à renforcer la sécurité au foyer, dans le voisinage et au travail. Les voisins et certaines personnes clés du milieu de travail devraient être avisés de la situation et bénéficier de consignes quant à la façon et au moment approprié pour aviser la police. Les enfants peuvent et devraient bénéficier d'une formation quant à

leur protection personnelle et à la protection du parent ayant la garde (reportez-vous à l'Annexe G pour un exemple de plan de fuite d'urgence). Le *Peel Committee Against Woman Abuse* offre un également un dépliant sur la planification de la sécurité qui peut être consulté au <http://www.netrover.com/~pcawa/>.

iv.d. Offre de services appropriés d'orientation et de suivi

Les femmes qui divulguent une situation de violence devraient se voir offrir des renseignements sur les refuges locaux, l'aide juridique et le counseling personnel. En présence d'un service d'assistance téléphonique local, le numéro de téléphone en question devrait être pris en note. Pour une liste des refuges de votre communauté, reportez-vous à l'Annexe I ou consultez le <http://www.shelternet.ca>.

Assurez-vous qu'une consultation de suivi est prévue à l'horaire. Au cours de la consultation suivante, cherchez à savoir si la patiente a communiqué avec l'un des services vers lesquels vous l'avez orientée, si ces services se sont avérés valables et si les renseignements se sont avérés utiles. Les femmes qui choisissent de ne pas divulguer leur situation, ainsi que celles qui ne subissent pas une situation de VPI, peuvent également bénéficier de l'offre de renseignements au sujet des ressources locales.

Les femmes présentant des lésions, des contusions, des tuméfactions et des lacérations aiguës ou des séquelles encore plus graves nécessitent souvent une réévaluation dans les 24 à 48 heures. Le recours à des photographies aux fins de la documentation devrait être envisagé lorsque les blessures deviennent plus manifestes. Les femmes qui ont recours aux services d'un refuge peuvent bénéficier de consultations plus fréquentes en vue de gérer les conséquences affectives, psychologiques et sociales de leur fuite d'urgence sur elles-mêmes et leurs enfants.

La plupart des provinces canadiennes disposent d'un certain dispositif d'indemnisation des victimes d'actes criminels conçu pour offrir une indemnisation financière aux victimes de crimes violents. Les blessures donnant droit à une telle indemnisation peuvent être physiques, mentales, ainsi qu'être associées à la grossesse ou à des traumatismes. Dans certains territoires de compétence, les victimes indirectes (comme les enfants) peuvent également avoir droit à l'indemnisation. Le Centre canadien de ressources pour les victimes de crimes (<http://www.crcvc.ca>) offre des renseignements bilingues sur les programmes d'indemnisation qui existent dans chacune des provinces et dans chacun des territoires.

iv.e. Interventions au nom des enfants et des adolescents

Si vous devez communiquer avec un intervenant du domaine de la protection de l'enfance, avisez d'abord votre patiente de votre obligation quant au signalement; offrez-lui de l'aide pour qu'elle puisse procéder elle-même au signalement. Si elle refuse de le faire et si la sécurité et le bien-être de son ou ses enfants vous semblent compromis, vous êtes légalement tenu de procéder au signalement.

Recommandations

1. Parmi les éléments essentiels de la réaction du secteur de la santé, on trouve la documentation, l'évaluation du risque, l'évaluation de la sécurité des enfants présents à la maison, la facilitation de la mise en œuvre d'un plan de sécurité, ainsi que l'offre de services efficaces d'orientation et de suivi. (B)

2. Les fournisseurs de soins devraient soumettre les femmes qui divulguent être victimes de violence à une évaluation des risques de dépression et de suicide. (B)

3. Les femmes qui divulguent la présence d'enfants exposés à des risques devraient bénéficier de l'aide du professionnel de la santé qui procède au signalement, afin de communiquer avec le service de protection de l'enfance local. (B)

VI. Conclusions

La violence exercée par le partenaire intime est un problème sociétal complexe. Bien que la VPI ne s'inscrive pas facilement dans le cadre du modèle médical/pathologique traditionnel, elle entraîne néanmoins d'importantes séquelles pour les victimes et la santé publique en général; en bout de ligne, elle relève donc du domaine de compétence des médecins. Bien qu'il n'existe aucune recette simple permettant une réduction de la violence à la source ni aucun schéma de procédé explicite permettant aux victimes de cette violence d'avoir prise sur leur propre vie, il ne faut pas pour autant se laisser aller à l'inaction. Les fournisseurs de soins de santé se trouvent dans une position privilégiée pour venir en aide aux femmes qui subissent une situation de VPI : ils disposent d'une certaine crédibilité, d'une relation fondée sur la confiance et la recherche du bien-être, d'un accès à des ressources institutionnelles et communautaires, ainsi que du discernement nécessaire à l'offre d'une aide opportune et personnalisée. Ce qui est encore plus important, les femmes qui consultent des fournisseurs de soins de santé ont fait valoir l'opinion selon laquelle la VPI affectait leur bien-être et qu'elles apprécieraient pouvoir bénéficier d'une exploration sensible de la question au sein d'un milieu assurant la confidentialité.

Dans le cadre de son document de travail intitulé « La SOGC et la santé des femmes : au-delà de l'an 2000 », la SOGC reconnaissait que « la santé des femmes... est

déterminée par le contexte social, politique et économique de la vie des femmes, tout autant que par la biologie ». La SOGC a identifié la violence comme l'un des déterminants importants de la santé des femmes et s'est engagée envers un plan d'action comprenant des mesures de soutien à ses membres, dans le cadre des soins qu'ils offrent aux femmes violentées. La présente déclaration de consensus permet à la SOGC de s'acquitter d'une partie de cet engagement; ses effets seront tributaires de la mesure selon laquelle ses recommandations seront adoptées par les membres de la SOGC et utilisées de façon créatrice par ces derniers dans le cadre de leur pratique.

Déclaration sommaire

1. La SOGC a identifié la violence comme étant un déterminant important de la santé des femmes et s'est engagée à soutenir ses membres en ce qui a trait aux soins qu'ils offrent aux femmes victimes de violence (III).

RÉFÉRENCES

1. SOGC. *La violence faite aux femmes*, Directives cliniques de la SOGC, n° 46, Ottawa (Ont.), SOGC, mars 1996.
2. Initiative de prévention de la violence familiale, Gouvernement du Canada.
3. US Department of Health and Human Services. *Screening for family and intimate partner violence [Systematic Evidence Review No. 28]*, Rockville (Md), Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.
4. Mueller D, Thomas H. *The effectiveness of public health interventions to reduce or prevent spousal abuse towards women*, Hamilton (Ont.), PHRED Program, Public Health Branch, Ministry of Health and Long Term Care, 2001.
5. Murphy CC, Schei B, Myhr TL, Du Mont J. « Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis », *CMAJ*, vol. 164, 2001, p. 1567–72.
6. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. « Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review », *BMJ*, vol. 325, 2002, p. 314.
7. MacMillan H, Wathen C. « Violence against women: integrating the evidence into clinical practice », *CMAJ*, vol. 169, n° 6, 2003, p. 570–1.
8. Burge VP, Locke D, éditeurs. *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2000*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada, 2000.
9. British Columbia Reproductive Care Program. *Intimate partner violence during the perinatal period*, Vancouver (C.-B.), British Columbia Reproductive Care Program, 2003. p. 5–9.
10. Centre national d'information sur la violence dans la famille, *Guide traitant des femmes victimes de violence et du système canadien de justice pénale : Lignes directrices à l'intention des médecins*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 1999.
11. « Les politiques et les dispositions législatives concernant la violence conjugale », dans : *Rapport final du Groupe de travail fédéral-provincial-territorial spécial chargé d'examiner les politiques et les dispositions législatives concernant la violence conjugale*, ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux responsables de la justice, Ottawa (Ont.), 2001, p. 66.
12. « Enquête sur la violence envers les femmes : Faits saillants, 1993 », dans : *Le Quotidien*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 1993, p. 1–25.
13. Cohen M, Maclean H. « Violence against Canadian women in National Women's Health Surveillance Report », *JOGC*, vol. 25, 2003, p. 499–504.
14. Ferris L, 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 (Ont.), Santé Canada, 1999, p. 1–10.

15. Santé Canada, *Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 1997.
16. MacLeod L, Shin M.Y, Hum Q, Samra-Jawanda J.W.R.S, Minna M, Wasilewska E. *Comme un oiseau sans ailes. Éloge au courage et à l'endurance des femmes maltraitées qui ne parlent ni l'anglais ni le français*, Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1993.
17. Moss K. « Témoins de violence-l'agression et l'anxiété chez les jeunes enfants », dans : *Rapports sur la santé - Supplément*. Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2003, p. 53–66.
18. Jamieson, Beals, Lalonde and Associates, Inc. *Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse*, Ottawa (Ont.), Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1999, p. 1.
19. Graffunder CM, Noonan RK, Cox P, Wheaton J. « Through a public health lens. Preventing violence against women: an update from the US centers for disease control and prevention », *J Women's Health*, vol. 13, n° 1, 2004, p. 5–14.
20. Statistique Canada. *Enquête sur la violence envers les femmes*, Ottawa (Ont.), Division de la statistique sociale, du logement et des familles, Statistique Canada, 1993.
21. Rodgers K. « Wife assault: the findings of a national survey », *Juristat Service Bulletin*, vol. 14, n° 9, p. 1–22.
22. Besseler S, et coll. *Enquête sociale générale - Victimization*. Santé Canada, éditeur. 1999.
23. Organisation mondiale de la santé. *World Report on Violence and Health*. Genève, OMS, 2002; « Violence by intimate partners [chapitre 4] », p. 89–121.
24. Watts C, Zimmerman C. « Violence against women: global scope and magnitude », *Lancet*, vol. 359, 2002, p. 1232–7.
25. « La violence familiale au Canada : un profil statistique 2003 », dans : *Centre canadien de la statistique juridique*, Ottawa (Ont.), ministère de l'Industrie, 2003.
26. Muhajarine N, D'Arcy C. « Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors », *CMAJ*, vol. 160, n° 7, 1999, p. 1007–11.
27. Stewart DE, Cecutti A. « Physical abuse in pregnancy », *CMAJ*, vol. 149, n° 9, 1993, p. 1257–63.
28. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Silva C, Reed S. « Research exchange. Severity of abuse before and during pregnancy for African American, Hispanic, and Anglo women », *J Nurse Midwifery*, vol. 44, n° 2, 1999, p. 139–44.
29. Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. « Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 188, n° 5, 2003, p. 1341–7.
30. McFarlane J, Hughes RB, Nosek MA, Groff JY, Swedland N, Dolan Mullen P. « Abuse assessment screen-disability (AAS-D): measuring frequency, type, and perpetrator or abuse toward women with physical disabilities », *J Women's Health Gen Based Med*, vol. 10, 2001, p. 861–6.
31. Cokkinides VE, Coker AL. « Experiencing physical violence during pregnancy: prevalence and correlates », *Fam Community Health*, vol. 20, 1998, p. 19–37.
32. Gazmararian JA, Petersen R, Spitz AM, Goodwin MM, Saltzman LE, Marks JS. « Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions », *Matern Child Health J*, vol. 4, n° 2, 2000, p. 79–84.
33. Ballard TJ, Saltzman LE, Gazmararian JA, Spitz AM, Lazorick S, Marks JS. « Violence during pregnancy: measurement issues », *Am J Public Health*, vol. 88, 1998, p. 274–6.
34. Campbell J. « Addressing battering during pregnancy: reducing low birth weight and ongoing abuse », *Seminars in Perinatology*, vol. 19, n° 4, 1995, p. 301–6.
35. Organisation mondiale de la santé. « Violence by intimate partners », dans : Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano E, éditeurs. *World Report on Violence and Health*, vol 4, Genève, OMS, 2002.
36. Johnson H, éditeur. *Dangerous domains: violence against women in Canada, Ontario and international*, Toronto (Ont.), Nelson Canada, 1996, p. 252.
37. Stewart D. « Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy », *CMAJ*, vol. 151, n° 11, 1994, p. 1601–4.
38. Heise L. « Reproductive freedom and violence against women: what are the intersections? » *J Law Medicine and Ethics*, vol. 21, n° 2, 1993, p. 206–16.
39. Sugarman D, Hotaling G. « Dating violence: prevalence, context, and risk markers », dans : Pirog-Good M, Stets JE, éditeurs. *Violence in dating relationships: emerging social issues*, New York, Praeger, 1989, p. 3–32.
40. Rhynard J, Krebs M, Glover J. « Sexual assault in dating relationships », *J Sch Health*, vol. 67, n° 3, 1997, p. 89–93.
41. Worcester NJ. « The role of health care workers in responding to battered women », *WMJ*, vol. 6, 1992, p. 284–6.
42. Curry MA, Perrin N, Wall E. « Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women », *Obstet Gynaecol*, vol. 92, 1998, p. 530–4.
43. Martin SL, Clark KA, Lynch SR, Kupper LL, Cilenti D. « Violence in the lives of pregnant teenage women: associations with multiple substance abuse », *Am J Drug Alcohol Abuse*, vol. 25, n° 3, 1999, p. 425–40.
44. Parker B. « Abuse and adolescents: what can we learn for pregnant teenagers? » *AWHONN's Clin Issues Perinat Women's Health Nurs*, vol. 4, n° 3, 1993, p. 363–70.
45. Heenan L, Astbury J. *The health costs of violence: measuring the burden of disease caused by intimate partner violence*, VicHealth, 2002.
46. The Family Violence Prevention Fund. *National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings*, San Francisco (Calif.), Author, 2004.
47. Stark E, Flitcraft A. *Women at risk: domestic violence and women's health*, London (UK), Sage Publications, 1996.
48. Astin M, Lawrence K, Foy D. « Posttraumatic stress disorder among battered women: risk and resiliency factors », *Violence Vict*, vol. 8, 1993, p. 17–28.
49. Housekamp B, Foy D. « The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women », *J Interpers Violence*, vol. 6, 1991, p. 367–75.
50. Saunders D. « Posttraumatic stress symptom profiles of battered women: a comparison of survivors in two settings », *Violence Vict*, vol. 9, 1994, p. 31–44.
51. Humphreys J. « Resilience in sheltered battered women », *Issues Ment Health Nurs*, vol. 24, 2003, p. 137–52.
52. Dannenberg AL, Carter DM, Lawson HW, Ashton DM, Dorfman SF, Graham EH. « Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City, 1987 through 1991 », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 172L, 1995, p. 1557–64.
53. Ganatra BR, Coyaji KJ, Rao VN. « Too far too little, too late: a community based case control study of maternal mortality in rural West Maharashtra, India », *Bull World Health Organ*, vol. 76, 1998, p. 591–8.
54. Faveau V, Koenig MA, Chakraborty J, Chowdhury AI. « Causes of maternal mortality in Rural Bangladesh, 1976–1985 », *Bull World Health Organ*, vol. 66, 1988, p. 643–51.
55. *Maternal Mortality and Morbidity Review in Massachusetts*, mai 2002. Disponible en ligne au <www.mass.gov/dph/fch/safemoms/preg2000.pdf>.
56. Harper M, Parsons L. « Maternal deaths due to homicide and other injuries in North Carolina: 1992–1994 », *Obstet Gynecol*, vol. 90, 1997, p. 920–3.
57. Bewley C, Gibbs A. « Coping with domestic violence during pregnancy », *Nursing Standards*, vol. 8, 1994, p. 25–8.

58. Newberger EH, Barkan SE, Lieberman ES, McCormick MC, Yllo K, Gary LT, et coll. « Abuse of pregnant women and adverse birth outcome: current knowledge and implications for practice », *JAMA*, vol. 267, n° 17, 1992, p. 2370–2.
59. Curry M. « Abuse among pregnant adolescents: differences by developmental age », *Am J Matern Child Nurs*, vol. 23, n° 3, 1998, p. 144–50.
60. Bullock LF, McFarlane J. « The birth weight/battering connection », *Am J Nurs*, vol. 89, 1989, p. 1153–5.
61. Parker B, McFarlane J, Soeken K. « Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women », *Obstet Gynecol*, vol. 84, n° 3, 1994, p. 323–8.
62. Valdez-Santiago R, Sanin-Aguirre LH. « Domestic violence during pregnancy and its relationship with birth weight », *Salud Publica Mexicana*, vol. 38, 1996, p. 352–62.
63. Valladares E, Ellsberg M, Pena R, Hogberg U, Persson LA. *Physical abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight [dissertation]*. Umea (Suède), Department of Epidemiology and Public Health, Umea universitet, 1999.
64. Lipsky S, Holt VL, Easterling TR, Critchlow CW. « Impact of police-reported intimate partner violence during pregnancy on birth outcomes », *Obstet Gynecol*, vol. 102, 2003, p. 557–64.
65. Webster J. « Physical and emotional abuse in pregnancy: a comparison of adult and teenage women », *J Nurs Res*, vol. 43, n° 3, 1994, p. 190–1.
66. *Maternal Mortality and Morbidity Review in Massachusetts*, mai 2002. Disponible en ligne au <www.mass.gov/dph/fch/safemoms/preg2000.pdf>.
67. Webb E, Shankleman J, Evans MR, Brooks R. « The health of children in refugees for women of domestic violence: cross sectional descriptive survey », *BMJ*, vol. 28, n° 323, 2001, p. 210–3.
68. Attala J, McSweeney M. « Preschool children of battered women identified in a community setting », *Issues Compr Pediatr Nurs*, vol. 20, 1997, p. 217–25.
69. Wolak J, Finkelhor D. « Children exposed to partner violence », dans : Jasinsky JL, Williams LM, éditeurs. *A comprehensive review of 20 years of research*, Thousand Oaks (Calif.), Sage Publications, 1998, p. 73–112.
70. Lessard G, Paradis F. *La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protection*, Institut national de santé publique du Québec, éditeur, 2003.
71. « Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes », dans : *Le Quotidien*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 1998–1999.
72. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. « Child witness to domestic violence: a meta-analytic review », *J Consult Clin Psychol*, vol. 71, n° 2, 2003, p. 339–52.
73. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et coll. « Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study », *Am J Prev Med*, vol. 14, n° 4, 1998, p. 245–58.
74. US Advisory Board on Child Abuse and Neglect. *A nation's shame: fatal child abuse and neglect in the United States*, Washington (D.C.), US Advisory Board on Child Abuse and Neglect, 1995.
75. Strauss M, Gelles R, Smith C. *Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*, New Brunswick (N.J.), Transaction Publishers, 1990.
76. Counts DA, Brown JK, Campbell JC. *To have and to bit: cultural perspectives on wife beating*, Chamapign-Urbana (Ill.), University of Illinois Press, 1999.
77. Organisation mondiale de la santé. *The economic dimensions of interpersonal violence*, Genève, OMS, 2004.
78. Day T. *The health-related costs of violence against women in Canada: the tip of the iceberg*, London (Ont.), Centre for Research on Violence Against Women, 1995.
79. Bauer HM, Rodriguez MA, Quiroga SS, Flores-Ortiz YG. « Barriers to health care for abused Latina and immigrant women », *J Health Care Poor Underserved*, vol. 11, n° 1, 2000, p. 33–44.
80. Rodriguez MA, Sheldon WR, Bauer HM, Perez-Stable EJ. « The factors associated with disclosure of intimate partner abuse to clinicians », *J Fam Pract*, vol. 50, n° 4, 2001, p. 338–44.
81. Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *Prevention and Response to Sexual and Gender-Based Violence in Refugee Situations*, Genève, Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 2001.
82. Vickers L. « The second closet: domestic violence in lesbian and gay relationships: a Western Australian perspective [on-line article] », *Murdoch University Electronic Journal of Law*, vol. 3, n° 4, 1996.
83. Campbell D, Sharps Pw, Gary F, Campbell JC, Lopez LM. « Intimate partner violence in African American Women », *Online Journal of Issues in Nursing*, vol. 7, n° 1, 2002.
84. Harvey W. « Homicide among young black adults: life in the subculture of exasperation. », dans : Hawkins DF, éditeur. *Homicide among Black Americans*, Lanham (Md.), University Press, 1986, p. 153–71.
85. Wyatt G. « Socio-cultural and epidemiological issues in the assessment of domestic violence », *Journal of Social Distress and the Homeless*, vol. 3, n° 1, 1994, p. 7–21.
86. Centre national d'information sur la violence dans la famille. *La violence familiale au sein des collectivités autochtones : une perspective autochtone*, dans CatH7221/150-1997E. 1997. Ottawa (Ont.), Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1997.
87. Green K, *La violence familiale au sein des collectivités autochtones : une perspective autochtone*, Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1997.
88. Trainer C, Mihorean K, éditeurs, *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2001*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de la statistique juridique, ministère de l'Industrie, 2001.
89. Disabled Women's Network. « Beating the "odds": violence and women with disabilities », dans : *Networking Meeting*, Vancouver (C.-B.), Disabled Women's Network, 1985.
90. Nosek MA, Howland CA, Young ME. « Abuse of women with disabilities », *Journal of Disability Policy Studies*, vol. 8, 1997, p. 157–75.
91. MacMillan HL, Wathen CN. *Prevention and treatment of violence against women: systematic review and recommendations*, London (Ont.), Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 2001. p. 62.
92. Family Violence Prevention Fund Research Committee. *Review of the US preventative services task force—draft recommendations and rationale statement on screening for family violence*, Family Violence Prevention Fund, 2004.
93. Reid AJ, Biringner A, Carroll JD, Wilson LM, Stewart DE. « Using the ALPHA form in practice to assess antenatal psychosocial health », *CMAJ*, vol. 159, n° 6, 1998, p. 677–84.
94. Midmer D, Biringner A, Carroll JD, Reid AJ, Wilson LM, Stewart DE, et coll. *A reference guide for providers: The Antenatal Psychosocial Health Assessment Form*, Toronto (Ont.), University of Toronto, Department of Family and Community Medicine, 1996.
95. Gerbert B, Abercrombie P, Caspers N, Love C, Bronstone A. « How health care providers help battered women: the survivor's perspective », *Women Health*, vol. 29, n° 3, 1999, p. 115–35.
96. Rodriguez M, Quiroga SS, Bauer H. « Breaking the silence: battered women's perspectives on medical care », *Arch Fam Med*, vol. 5, n° 3, 1996, p. 153–8.
97. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. « Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care », *JAMA*, vol. 267, n° 3, 1992, p. 3176–8.

98. Parker B, McFarlane J, Soeken K, Silva C, Reel S. « Testing an intervention to prevent further abuse to pregnant women », *Res Nurs Health*, vol. 22, 1999, p. 59–66.
99. American College of Obstetrics and Gynecology. *Antenatal psychological health assessment*, Washington (D.C.), American College of Obstetrics and Gynecology.
100. Goff HW, Shelton AJ, Byrd TL, Parcel GS. « Preparedness of health care practitioners to screen women for domestic violence in a border community », *Health Care Women Int*, vol. 24, 2003, p. 135–48.
101. Davis R, Harsh K. « Confronting barriers to universal screening for domestic violence », *J Prof Nurs*, vol. 17, n° 6, 2001, 313–20.
102. Bryant S, Spencer G. « Domestic violence: what do nurse practitioners think? » *J Am Acad Nurse Practitioners*, vol. 14, 2002, p. 421–7.
103. Peckover S. « I could have just done with a little more help: an analysis of women's help-seeking from health visitors in the context of domestic violence », *Health Soc Care Community*, vol. 11, n° 3, 2003, p. 275–82.
104. Chang J. *When health care providers ask about intimate partner violence: a description of outcomes from the perspective of female survivors*, The 129th Annual Meeting of APHA, Atlanta (Ga), 2001.
105. Zink T, Elder N, Jacobson J, Klostermann B. « Medical management of intimate partner violence considering the stages of change: precontemplation and contemplation », *Ann Fam Med*, vol. 2, 2004, p. 231–9.
106. Chang J, Martin S. « What happens when health care providers ask about intimate partner violence? A description of consequences from the perspectives of female survivors », *J Am Med Women's Assoc*, vol. 58, n° 2, 2001, p. 76–81.
107. Rhodes KV, Lauderdale DS, HE T, Howes DS, Levinson W. « Between me and the computer: increased detection of intimate partner violence using a computer questionnaire », *Ann Emerg Med*, vol. 40, n° 5, 2002, p. 476–84.
108. Fogarty C, Burge S, McCord E. « Communicating with patients about intimate partner violence: screening and interviewing approaches », *Fam Med*, vol. 34, n° 5, 2002, p. 369–75.
109. Brown JB, Lent B, Schmidt G, Sas G. « Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting », *J Fam Pract*, vol. 49, n° 10, 2000, p. 896–903.
110. Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, Pedersen LL. « Development of the woman abuse screening tool for use in family practice », *Fam Med*, vol. 28, n° 6, 1996, p. 422–8.
111. Wasson J, Jette AM, Anderson J, Johnson DJ, Nelson EC, Kilo CM. « Routine, single-item screening to identify abusive relationships in women » *J Fam Pract*, vol. 49, 2000, p. 1017–22.
112. Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein HR, Abbott JT. « Accuracy of three brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department », *JAMA*, vol. 277, n° 17, 1997, p. 1357–61.
113. Organisation mondiale de la santé. « Violence against women », Genève, OMS Consultation, 1996.
114. Rodriguez MA, Bauer HM, Flores-Ortiz Y, Szkupinski-Quiroga S. « Factors affecting patient-physician communication for abused Latina and Asian immigrant women », *J Fam Pract*, vol. 47, n° 4, 1998, p. 309–11.
115. Gerbert B, Caspers N, Bronstone A, Moe J, Abercrombie P. « A qualitative analysis of how physicians with expertise in domestic violence approach the identification of victims », *Ann Intern Med*, vol. 131, n° 8, 1999, p. 578–84.
116. Hamberger LK, Lohr JM, Gottlieb M. « Physician interaction with battered women: the women's perspective », *Arch Fam Med*, vol. 7, 1998, p. 575–82.
117. Bacchu L, Mezey G, Bewley S. « Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service », *BJOG*, vol. 109, n° 1, 2002, p. 9–16.
118. Bauer H, Rodriguez M. « Letting compassion open the door: battered women's disclosure to medical providers », *Camb Q Healthc Ethics*, vol. 4, 1995, p. 459.
119. Institute for Clinical Systems Improvement. *Health care guideline: domestic violence*, 8^e édition. Institute for Clinical Systems Improvement, 2003. Disponible en ligne au <<http://www.icsi.org>>.
120. Petersen R, Moracco KE, Goldstein KM, Clark KA. « Women's perspectives on intimate partner violence services: the hope in Pandora's box », *J Am Med Womens Assoc*, vol. 58, n° 3, 2003, p. 85–90.
121. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Silva C, Reel S. « Safety behaviors of abused women after an intervention during pregnancy », *JOGNN*, vol. 27, n° 2, 1998, p. 64–9.
122. Santé Canada. *Soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 1995.
123. Prochaska J, DiClemente C. *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of change*, Homewood (Ill.), Dow Jones/Irwin, 1984.
124. Prochaska J, DiClemente D, Nordos J. « In Search of how people change: application to addictive behaviors », *Am Psychol*, vol. 47, n° 9, 1992, p. 1102–14.
125. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, et coll. « Stages of change and decisional balance for twelve problem behaviors », *Health Psychol*, vol. 13, 1994, p. 19–46.
126. Brown J. « Working toward freedom from violence: the process of change in battered women », *Violence Against Women*, vol. 3, n° 1, 1997, p. 5–26.
127. Burke JG, Denison JA, Gielen AC, McDonnell KA, O'Campo. « Ending intimate partner violence: an application of the transtheoretical model », *Am J Health Behav*, vol. 28, n° 2, 2004, p. 122–32.
128. Frasier PV, Slatt L, Kowlowitz V, Glowa PT. « Using the stages of change model to counsel victims of intimate partner violence », *Patient Educ Counsel*, vol. 43, n° 2, 2001, p. 211–7.
129. Burke JG, Gielen AC, McDonnell KA, O'Campo P, Maman S. « The process of ending abuse in intimate relationships: a qualitative exploration of the transtheoretical model », *Violence Against Women*, vol. 7, 2001, p. 1144–63.
130. Sluijs E, van Poppel M, van Mechelen W. « Stage-based lifestyle interventions in primary care: are they effective? », *Am J Prev Med*, vol. 26, n° 4, 2004, p. 330–42.
131. Collège des médecins du Québec. *Guide concernant la tenue du dossier par le médecin en centre hospitalier*, Montréal (Québec), Collège des médecins du Québec, 1996, p. 1–26.
132. College of Physicians and Surgeons. *Medical records and requests for patient information, policy manual*, New York, College of Physicians and Surgeons, Columbia University, 1999.
133. Ferris L, McMain-Klein M, Silver L. « Documenting wife abuse: a guide for physicians », *CMAJ*, vol. 156, n° 7, 1997, p. 1015–22.
134. Cory J, Ruebsaat G. *Reasonable doubt: the use of health records in legal cases of violence against women in relationships*, Vancouver (C.-B.), BC Women's Hospital and Health Centre, 2003.
135. Isaac NE, Pualani Enos V. *Documenting domestic violence: how health care providers can help victims*, Washington (D.C.), National Institute of Justice [Research in Brief], 2001.
136. *Maxcy-Rosenau—Last Public Health and Preventive Medicine*, 14^e éd. Stamford (Conn.), Appleton & Lange, 1998.
137. Larkin GL, Rolniak S, Hyman KB, Macleod BA, Savage R. « Effect of an administrative intervention on rates of screening for domestic violence in an

- urban emergency department », *Am J Public Health*, vol. 90, n° 9, 2000, p. 1444–8.
138. McCaw B, Berman WH, Syme SL, Hunkeler EF. « Beyond screening for domestic violence: a systems model approach in a managed care setting », *Am J Prev Med*, vol. 21, n° 3, 2001, p. 170–6.
139. Rinfret-Raynor M, Dubé M, Drouin C. *Le dépistage de la violence conjugale dans les centres hospitaliers : implantation et évaluation*, Montréal (Québec), Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, Université de Montréal, 2003.
140. Berger RP, Bogen D, Dulani T, Broussard E. « Implementation of a program to teach pediatric residents and faculty about domestic violence », *Arch Pediatr Adolesc Med*, vol. 156, n° 8, 2002, p. 804–10.
141. Alpert E, Sege R, Bradshaw Y. « Interpersonal violence and the education of physicians », *Acad Med*, vol. 72 (1 suppl.), 1997, p. 41–50.
143. Garcia-Moreno C. « Recommendations and conclusions from the International Conference on the Role of Health Professionals in Addressing Violence Against Women Naples, October 2000 », *Int J Gynaecol Obstet*, vol. 78 (suppl 1), 2002, p. S129–S131.
144. Kramer A. « Domestic violence: how to ask and how to listen », *Nurs Clin North Am*, vol. 37, 2002, p. 189–210.
145. Hotch D, Grunfeld AF, Mackay K, Cowan L. « An emergency department-based domestic violence intervention program: findings after one year », *J Emerg Med*, vol. 14, 1995, p. 111–7.
146. Reid AJ, Biringer A, Carroll JD, Midmer D, Wilson LM, Chalmers B, et coll. *A reference guide for providers: the antenatal psychosocial health assessment form*, Toronto (Ont.), University of Toronto, Department of Family and Community Medicine, 1995.
147. ACOG. *Screening tools: domestic violence*. Washington (D.C.), 2004.
148. *Abuse in pregnancy: information and strategies for the prenatal educator*. Dans : *Ontario's maternal, newborn and early childhood development resource centre*, Toronto (Ont.): Ministry of Ontario; 2002, p. 6.
149. McFarlane J, Greenberg L, Weltge A, Watson M. « Identification of abuse in emergency departments: effectiveness of a two-question screening tool », *J Emerg Nurs*, vol. 21, n°5, 1995, p. 391–4.
150. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. *Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique*, Ottawa (Ont.), Groupe Communication Canada Inc., 1994, p. xxxvii.

Annexe A		
	ÉTAPES / ACTIONS	INTERVENTIONS
1.	<p><u>Renforcez les étapes positives pouvant être mises en œuvre par la patiente</u> Discutez des systèmes de soutien dont elle dispose et des ressources communautaires</p>	
2.	<p><u>Favorisez la mise sur pied d'un plan de sécurité si votre cliente procède à la divulgation</u></p> <p><u>Évaluez les risques</u> que court la patiente en lui posant des questions visant à déterminer la présence d'un danger imminent (p. ex. « Vous sentez-vous en sécurité présentement? »)</p> <p>Incitez la patiente à créer et à mettre en œuvre un plan de sécurité. Ce dernier devrait être personnalisé et conçu conjointement avec la patiente. Celle-ci devrait s'assurer de disposer d'un plan de fuite d'urgence, des clés de la maison, d'une certaine somme d'argent et d'un accès aux comptes conjoints, des certificats de naissance, des cartes d'assurance maladie, des passeports, ainsi que des documents médicaux et juridiques.</p> <p><u>Rassurez la patiente en lui réaffirmant le maintien de la confidentialité et ne discutez pas de la divulgation avec le partenaire violent</u></p>	
3.	<p><u>Renseignements juridiques</u></p> <p><u>Renseignements sur les services sans rendez-vous / les avocats-conseils</u> <i>Insérez vos renseignements ici</i></p> <p><u>Pour faire une demande auprès de l'aide juridique</u> <i>Insérez vos renseignements ici</i></p> <p><u>Autres services juridiques</u> <i>Insérez vos renseignements ici</i></p>	
4.	<p>Si le bien-être des enfants est menacé, la société d'aide à l'enfance de <i>Insérez vos renseignements ici</i> doit en être avisée <i>Insérez vos renseignements ici</i></p> <p>Incitez la cliente à communiquer elle-même avec la SAE.</p>	
5.	<p><u>Orientations effectuées</u> <i>Insérez vos renseignements ici</i></p> <p>Refuges <i>Insérez vos renseignements ici</i></p> <p>Planification de la sécurité <i>Insérez vos renseignements ici</i></p> <p>Counseling <i>Insérez vos renseignements ici</i></p>	
6.	<p><u>Ressources / dépliants remis</u> Assurez-vous que la cliente ne court aucun danger à ramener ces renseignements à la maison</p>	
7.	<u>Plan de suivi</u>	
8.	<p><u>Date de la prochaine consultation</u> ___/___/___ Songez à un rappel informatif.</p>	
Remarques pour la prochaine consultation		
Date (AAAA/MM/JJ) _____ / _____ / _____		

Annexe B — Liste de contrôle concernant le milieu

Soutien administratif

- Favoriser la participation de la direction et du comité d'établissement quant à l'engagement envers l'offre de services
- Clarifier la disponibilité et les rôles existants et souhaités en ce qui concerne le personnel

Liaison avec la communauté

- Établir des liens avec les ressources communautaires pour assurer des services d'orientation et de dépannage appropriés

Formation

- Inclure la formation sur l'intervention en cas de VPI pour tous les nouveaux employés
- Offrir des services de formation réguliers au moment de l'entrée en fonction
- Connaître les ressources pour l'aide aux employés qui connaissent des difficultés personnelles

Protocoles cliniques

- Créer des schémas de procédé pour l'évaluation, l'intervention et l'orientation, y compris les détails concernant les ressources institutionnelles et communautaires
- Définir les procédés de documentation, particulièrement lorsqu'une même patiente consulte plusieurs professionnels différents
- Dans le cas des dossiers médicaux, clarifier le processus visant leur divulgation
- Mettre en œuvre des mesures d'évaluation ou de contrôle de la qualité

Milieu physique

- Disposer d'affiches, de dépliants et d'aide-mémoire de poche adaptés à la culture des patientes et contenant des renseignements sur les conséquences de la violence et les ressources
- Offrir des locaux permettant la tenue de consultations en toute confidentialité
- Assurer l'accès à des interprètes professionnels au besoin
- Assurer la sécurité du personnel et des patientes
- S'assurer que le milieu convient aux enfants

Annexe C — Outils d'évaluation de la VPI

Dépistage de la violence conjugale (Partner Violence Screen - PVS) :

« Au cours de la dernière année, avez-vous été victime de coups, de coups de pied, de coups de poing ou de quelque acte violent que ce soit? Dans l'affirmative, qui en était à l'origine? »

« Vous sentez-vous en sécurité au sein de votre relation actuelle? »

« Vous sentez-vous menacée par un de vos ex-partenaires? »

Outil ALPHA¹⁴⁶ :

Comprend une section sur le fait d'être témoin de violence (patiente et partenaire); violence courante ou passée contre la patiente; violence passée contre les enfants exercée par la patiente ou le partenaire; discipline des enfants. Cet outil a fait l'objet d'une évaluation et bénéficie de l'approbation / l'appui des gouvernements provinciaux. L'administration du questionnaire peut être répartie sur plusieurs consultations prénatales. Parmi les questions qu'il compte, on trouve ce qui suit :

« Comment vous et votre partenaire mettez-vous un terme à vos disputes? »

« Est-ce qu'il vous arrive d'avoir peur de ce que votre partenaire dit ou fait? »

« Avez-vous déjà été frappée, poussée, bousculée ou giflée par votre partenaire? »

« Votre partenaire vous a-t-il déjà humiliée ou a-t-il déjà utilisé d'autres formes de violence psychologique envers vous? »

« Vous a-t-on déjà forcée à avoir des relations sexuelles contre votre gré? »

L'évaluation prénatale de la santé psychosociale (ACOG)¹⁴⁷ recommande que les médecins procèdent au « dépistage » de la violence exercée par le partenaire intime chez toutes les patientes. Chez les femmes enceintes, ce « dépistage » devrait être effectué à divers moments au cours de la grossesse, puisque certaines femmes ne divulguent pas la violence dont elles font l'objet la première fois qu'on leur pose des questions en ce sens et puisque la violence peut débuter tardivement. Les questions devraient être posées à l'occasion de la première consultation prénatale, au moins une fois par trimestre, ainsi qu'au cours de la consultation de suivi post-partum. Ce qui suit constitue un exemple de script préliminaire :

« Puisque la violence est si courante pour de nombreuses femmes et qu'il existe des ressources visant les femmes violentées, je pose dorénavant des questions sur la violence conjugale à chacune de mes patientes. » Parmi ces questions, on trouve ce qui suit :

1. « Au cours de la dernière année, ou depuis le début de votre grossesse, avez-vous été victime de coups, de gifles, de coups de pied ou de quelque acte violent physique que ce soit? »

2. « Êtes-vous en relation avec une personne qui vous menace ou vous blesse physiquement? »

3. « Vous a-t-on déjà forcée à avoir des relations sexuelles qui vous ont incommodée? »

Outil SAFE, cité dans plusieurs publications de Santé Canada¹⁴⁸.

Parmi les questions de cet outil, on trouve ce qui suit :

S Comment décririez-vous la relation avec votre conjoint?

A Que se passe-t-il quand vous et votre partenaire vous disputez?

F Lors de vos disputes, est-ce que vous vous faites frapper, bousculer ou blesser?

E Disposez-vous d'un plan d'urgence?

Outil de dépistage ED à deux questions¹⁴⁹ :

Parmi les questions de cet outil, on trouve ce qui suit :

« Avez-vous déjà été victime de coups, de gifles, de coups de pied ou de quelque acte violent physique que ce soit de la part de votre partenaire masculin? »

« Vous a-t-on déjà forcée à avoir des relations sexuelles? »

Outil de dépistage des mauvais traitements chez les femmes (Woman Abuse Screening Tool – WAST)¹¹⁰ :

1. En général, comment décririez-vous votre relation?

- Beaucoup de tension
- Un peu de tension
- Aucune tension

2. Est-ce que vous et votre partenaire réglez vos disputes avec

- beaucoup de difficultés
- quelques difficultés
- sans difficultés

3. Vous arrive-t-il d'être déprimée ou de vous sentir mal à l'issue de vos disputes?

4. Vous arrive-t-il de subir des coups, des coups de pied ou d'être bousculée à l'issue de vos disputes?

5. Vous arrive-t-il d'avoir peur de ce que votre partenaire dit ou fait?

6. Votre partenaire vous a-t-il déjà violentée physiquement?

7. Votre partenaire vous a-t-il déjà violentée psychologiquement?

Choix de réponses pour les questions 3 à 7 :

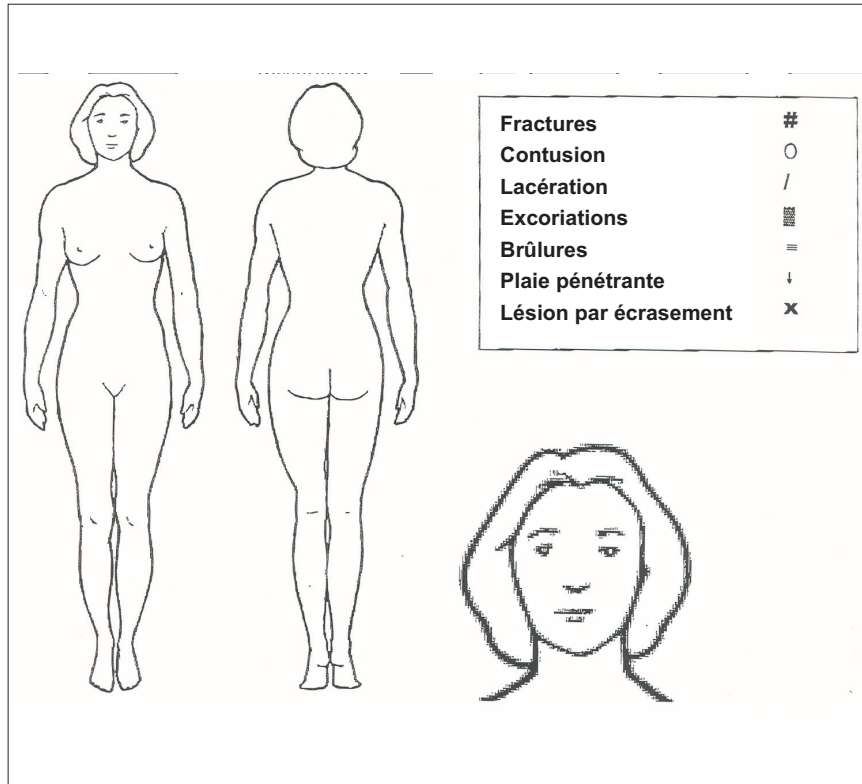
- Souvent
- Parfois
- Jamais

Annexe D
Tableau 4 Interventions efficaces appariées avec les étapes du changement

Étape	Caractéristiques	Intervention
Précontemplation	<p>Dénier la nécessité de modifier la situation</p> <p>Éviter de discuter du problème</p> <p>Minimiser la gravité de la situation</p> <p>Défendre le partenaire violent</p> <p>Chercher un bouc émissaire</p> <p>Se laisser gagner par le désespoir</p> <p>Croire que la violence fait partie de son destin</p>	<p>Reconnaissez que la victime n'est pas prête au changement</p> <p>Soulignez le fait qu'il n'est nullement question d'imposer le changement à la victime</p> <p>Affirmez que personne ne mérite d'être frappé ou violenté</p> <p>Indiquez que d'autres victimes ont débuté le processus de changement au moment où elles vivaient une situation semblable à celle de la victime</p> <p>Incitez la patiente à songer aux raisons qui pourraient la pousser à envisager un changement</p> <p>Réaffirmez votre volonté de venir en aide à la patiente</p> <p>Aidez la patiente à élaborer un plan de sécurité</p>
Contemplation	<p>Être conscient du problème</p> <p>Chercher à se renseigner</p> <p>Poser des questions</p> <p>Prévoir la mise en œuvre de mesures dans les six prochains mois</p> <p>Chercher à comprendre les raisons qui sous-tendent la situation</p> <p>Remettre le changement à plus tard</p> <p>Vivre de l'anxiété en ce qui concerne les ramifications possibles</p>	<p>Demandez à la patiente si elle a déjà tenté de modifier sa situation par le passé</p> <p>Dans l'affirmative, demandez-lui ce qui s'est produit</p> <p>Demandez à la patiente de vous faire part des problèmes qu'elle anticipe</p> <p>Cherchez à lui faire dresser la liste des avantages et des inconvénients (documentez le tout)</p> <p>Discutez des options disponibles pour l'abolition des obstacles</p>
Préparation	<p>Prévoir la mise en œuvre de mesures dans les trente prochains jours</p> <p>Faire part publiquement de ses plans à des personnes / organisations fiables</p> <p>Vivre une certaine ambivalence, accompagnée d'une résolution de dernière minute</p> <p>Procéder à une planification soigneusement détaillée</p>	<p>Demandez à la patiente de vous indiquer la façon dont vous pourriez lui venir en aide</p> <p>Convenez mutuellement d'une date précise afin d'éviter une planification prématurée ou prolongée</p> <p>Offrez des renseignements sur les ressources communautaires et les orientations</p> <p>Étudiez le plan de sécurité</p>
Action	<p>Être très occupé</p> <p>Faire preuve d'un niveau d'engagement élevé envers des modifications particulières</p>	<p>Prévoyez à l'horaire des consultations de suivi afin de renforcer le comportement de la patiente</p> <p>Orientez la patiente vers des groupes de soutien auxquels elle consent à participer</p> <p>Soyez à l'affût des symptômes de « rechute »</p>
Maintien	<p>Faire preuve d'un engagement solide envers les activités visant à prévenir la « rechute »</p>	<p>Soyez à l'affût des symptômes laissant croire que la patiente envisagerait une « rechute »</p>
Fin	<p>Faire preuve de confiance</p> <p>Être assurée que le problème est résolu ou qu'il ne représente plus une menace</p>	

** Permission accordée par Pamela York Frasier, PhD, MSPH, MA, professeure agrégée, département de médecine familiale, *University of North Carolina*

Annexe E



Annexe F — Évaluation du risque

1. À quel moment la violence a-t-elle débuté?
2. À quelle fréquence subissez-vous de la violence?
3. La fréquence et/ou la gravité de la violence se sont-elles accrues au cours de la dernière année?
4. Vous êtes-vous récemment séparée de votre partenaire ou avez-vous récemment cessé de le fréquenter?
5. Avez-vous déjà senti que votre sécurité physique ou même votre vie était en danger?
6. Votre partenaire a-t-il déjà adressé des menaces de mort à votre endroit, à l'endroit de vos enfants, de votre parenté ou encore à son propre endroit?
7. Votre partenaire a-t-il déjà tenté ou planifié de se suicider?
8. Votre partenaire a-t-il accès à des armes? Celles-ci se trouvent-elles à la maison?
9. Votre partenaire présente-t-il des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie?
10. Votre partenaire est-il violent à l'extérieur de la maison?
11. Votre partenaire cherche-t-il à blesser le ou les animaux de compagnie de la famille?

Annexe G — Plan de fuite d'urgence

Comment aider la patiente :

- Demandez-lui directement de vous indiquer l'aide dont elle a besoin.
- Offrez-lui les coordonnées de divers services d'urgence, refuges et ressources
- En milieu de soins actifs, songez à l'hospitalisation ou à reporter l'autorisation de sortie si la patiente court un danger grave.

Assurez-vous qu'elle dispose de ce qui suit :

- Documents importants (p. ex. certificats de naissance, passeports, cartes d'assurance sociale et d'assurance maladie, permis de conduire, dossiers de vaccination, documents juridiques)
- Une certaine somme d'argent, carte de crédit, carnets de banque, chéquier
- Clés de la maison, de la voiture, du bureau
- Médicaments
- Couverture / jouet familial pour chacun des enfants
- Vêtements pour elle et ses enfants
- Voies de fuite possibles planifiées
- Enfants ayant appris à composer le 911
- Membre de la parenté ou ami fiable et soucieux de son bien-être au courant de la situation
- Voisin disposé à communiquer avec le 911 en présence de signes de violence

Adapté de : *Task Force on the Health Effects of Woman Abuse, Middlesex-London Health Unit and Windsor-Essex County Health Unit – Fact Sheet for Health Professionals*

Annexe H — Sites Web sur les maisons de transition au Canada

PROVINCES ET TERRITOIRES

Colombie-Britannique :

www.mcaaws.gov.bc.ca/womens_services/transition-houses/
www.bcysth.ca

Alberta : www.mcaaws.gov.bc.ca/womens_services/transition-houses/
www.bcysth.ca

Saskatchewan : www.abusehelplines.org

Manitoba : www.crm.mb.ca/lifestyl/advoc/maws.html

Ontario : www.casac.ca/avcentres/rccs_on.htm

Quebec : www.maisons-femmes.qc.ca www.fede.qc.ca

Terre-Neuve-et-Labrador :

<http://www.abusehelplines.org/Canada2/nfld.htm>

Nouvelle-Écosse : www.thans.ca

Île-du-Prince-Édouard :

<http://www.gov.pe.ca/infopei/index.php3?number=56690>

Nouveau-Brunswick :

<http://www.abusehelplines.org/Canada2/nb.htm>

Provinces de l'Atlantique : <http://www.echo-chn.net/circle/alinks.htm>

Yukon : www.mcaaws.gov.bc.ca/womens_services/transition-houses/www.bcysth.ca

Territoires du Nord-Ouest :

<http://www.abusehelplines.org/Canada2/nwt.htm>

Nunavut : <http://www.abusehelplines.org/Canada2/nunavut.htm>

SITES WEB GÉNÉRAUX : (RENSEIGNEMENTS SUR LES REFUGES POUR LA PLUPART DES PROVINCES)

- <http://relocatecanada.com/abusive.html>
- <http://www.hotpeachpages.net/canada>
- <http://www.abusehelplines.org>
- http://www.casac.ca/avcentres/women_centres.htm
- Centre national d'information sur la violence dans la famille : www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/index.html