

**Analyse documentaire sur les troubles  
concomitants chez les victimes de violence  
familiale**

**Ministère des Services sociaux et  
communautaires de l'Ontario**

**Direction de la recherche et de l'analyse en  
matière de politiques**

31 mars 2011

Document préparé  
pour le ministère des Services sociaux et  
communautaires de l'Ontario

## **Table des matières**

1.0	Introduction .....	1
2.0	Prévalence et nature des troubles concomitants : étude des liens entre violence familiale et troubles concomitants .....	4
3.0	Les troubles concomitants : complexité et répercussions.....	10
4.0	Considérations relatives à l'efficacité du traitement et de la prestation de service .....	13
4.1	Obstacles au traitement et besoins en matière de service .....	13
4.2	Définir les prestations de services efficaces : différentes possibilités.....	18
5.0	Pratiques exemplaires .....	21
5.1	Étude sur les femmes, les troubles concomitants et la violence .....	21
5.2	Les pratiques exemplaires canadiennes .....	26
6.0	Conclusion .....	33
	Références bibliographiques .....	35

## 1.0 Introduction

La violence familiale est un problème de santé publique notable, qui touche des millions de personnes chaque année dans le monde entier (Lilly et Graham-Bermann, 2009). D'après Statistique Canada (2011), « parmi les 19 millions de Canadiens qui ont dit avoir eu un conjoint actuel ou un ex-conjoint en 2009, 6 pour cent ont déclaré avoir été victimes de violence physique ou sexuelle » (page 9). Autrement dit, plus d'un million de personnes au Canada (femmes et hommes confondus) ont été victimes d'actes de violence commis par un conjoint ou un ex-conjoint, ou par un conjoint ou un ex-conjoint de fait.

Même si la violence familiale touche aussi bien les hommes que les femmes, celles-ci sont démesurément plus nombreuses à subir des actes de violence familiale et les conséquences qui les accompagnent. D'après les rapports de 2006 de Statistique Canada sur les tendances statistiques en matière de violence faite aux femmes et de violence familiale, les recherches ont démontré que le genre joue un rôle important dans le contexte et les répercussions de la violence familiale (2006a, 2006b). Des rapports récents indiquent que chez les victimes de violence conjugale, les femmes sont plus susceptibles que les hommes (57 pour cent contre 40 pour cent) de déclarer des actes de violence récurrents. Les femmes sont trois fois plus nombreuses que les hommes à déclarer des formes plus graves de violence conjugale : elles sont plus susceptibles de dire qu'elles ont été agressées sexuellement, battues, étranglées ou menacées à l'aide d'une arme à feu ou d'un couteau par leur partenaire ou un ex-partenaire (Statistique Canada, 2011, pages 9 et 10)<sup>1</sup>. Les taux comparativement élevés d'actes violents commis à l'encontre des femmes sont bien mis en avant par les chercheurs, puisque certains auteurs n'hésitent pas à décrire la violence faite aux femmes comme une épidémie (voir Najavits, 2009; Moses, Reed, Mazelis et D'Ambrosio, 2003).

La violence familiale a une importance significative sur le plan des préjudices physiques infligés aux victimes; en outre, de nombreuses études indiquent que les victimes de violence familiale sont atteintes parallèlement de troubles psychiatriques ou de toxicomanie/d'alcoolisme (ou troubles concomitants). (Donahue et coll., 2010). Certaines études montrent que les femmes sont particulièrement vulnérables aux troubles concomitants et que ces troubles « ont des répercussions plus fortes chez les femmes que chez les hommes » (Lipsky et coll., 2010, p. 232. Traduction libre). Ces troubles incluent de nombreux problèmes de santé mentale et des formes variées d'abus de substances psychoactives. Par « abus de substances psychoactives », on entend l'abus d'alcool ou de drogues, ou une dépendance à ces substances. Les troubles majeurs de santé mentale associés à la violence familiale incluent le trouble de stress post-traumatique (TSPM), la dépression, l'anxiété, les troubles de la personnalité, les crises de panique, les troubles dissociatifs, les troubles psychotiques et les troubles du comportement alimentaire, les idées suicidaires et d'autres formes d'accoutumance, comme le jeu pathologique (voir Moses et coll., 2003; Leiner, Compton, Houry et Kaslow, 2008; Santé Canada, 2002). Les troubles concomitants ont des implications socioéconomiques néfastes à court et à long terme, d'une part pour les victimes de la violence familiale, d'autre part pour la société dans son ensemble (voir

---

<sup>1</sup> De plus, les filles de moins de 18 ans sont plus susceptibles d'être victimes de violence familiale que les garçons du même âge. Au Canada, 242 filles pour 100 000 habitants étaient victimes de violence familiale en 2004, contre 152 garçons (Statistique Canada, 2006a).

Gregory et coll., 2010; Krug, Mercy, Dahlberg et Zwi, 2002; Lipsky et coll., 2010; Moses et coll., 2003). Même s'il existe des services de soutien pour épauler les victimes de violence familiale et pour traiter les personnes atteintes de troubles de la santé mentale ou abusant de substances psychoactives, l'existence parallèle de ces troubles chez les victimes de violence familiale peut compliquer la prestation de services et compromettre la réussite du traitement.

Étant donné la complexité des effets de la violence familiale et les conséquences à long terme des troubles concomitants, on peut affirmer que la violence familiale constitue un problème majeur de santé publique, et qu'elle impose la mise en place de stratégies complètes de traitement (Gregory et coll., 2010). Pour réunir les éléments permettant de fournir une prestation de services plus efficace, il faut comprendre la prévalence et la nature des troubles concomitants chez les femmes victimes de violence familiale, et étudier les pratiques déjà en place qui font leurs preuves auprès des victimes.

Cette analyse documentaire vise à donner une vue d'ensemble des éléments d'information fournis par les ouvrages publiés sur le thème de la violence familiale et des troubles concomitants qui lui sont associés sur le plan de la santé mentale et de l'abus de substances psychoactives. Elle souhaite également fournir de l'information aux parties prenantes désireuses de proposer des prestations de services dans ce domaine critique. Les principaux objectifs de cette analyse documentaire sont les suivants :

- 1) En s'appuyant sur les publications universitaires, donner une vue d'ensemble de la prévalence et de la nature des troubles concomitants (p. ex. abus de substances psychoactives et troubles de la santé mentale) chez les femmes ayant été exposées à une violence familiale.
- 2) Résumer les besoins de cette population sur le plan thérapeutique et en matière de services, toujours à partir des cas évoqués par les publications spécialisées.
- 3) Mettre en évidence les pratiques exemplaires quant à la prestation de services afin d'optimiser l'exécution des services dans ce domaine.

Cette analyse documentaire s'articule autour de six grandes parties. La partie 2.0 évoque la prévalence et la nature des troubles concomitants chez les femmes victimes de violence familiale, explore les liens qui existent entre ces troubles, documente les estimations statistiques et explique les divergences intervenant entre le nombre de troubles diagnostiqués et répertoriés par rapport à la prévalence des symptômes de troubles concomitants relevés chez la population générale. La partie 3.0 propose une discussion plus approfondie sur la complexité et les impacts (la nature) des troubles concomitants observés chez les victimes de violence familiale, en relevant les répercussions individuelles et les implications socioéconomiques de la violence familiale et des troubles concomitants, puis en se penchant sur la complexité des troubles concomitants et leurs conséquences pour l'efficacité du traitement et de la prestation de services. La partie 4.0 cerne les facteurs de confusion identifiés par les publications spécialisées, ainsi que les besoins en matière de services et les considérations suggérées par ces études, en soulignant

les variations intervenant au niveau des sous-groupes démographiques de la population<sup>2</sup> et les besoins et obstacles thérapeutiques spécifiques à ces sous-groupes. La partie 5.0 donne des exemples de pratiques exemplaires en matière de prestation de services, en mettant l'accent sur les initiatives qui visent à répondre aux besoins spécifiques des femmes atteintes de troubles concomitants et ayant été exposées à une violence familiale. La partie 6.0 conclut la présente analyse documentaire.

Les auteurs des différents articles publiés sur la question utilisent plusieurs termes pour faire référence à la violence familiale, notamment « violence conjugale », « violence intrafamiliale » et « traumatisme ». Ces termes (tout particulièrement « violence familiale » et « violence conjugale ») seront employés indifféremment tout au long de l'analyse en fonction de la préférence des auteurs cités.

---

<sup>2</sup> Dans la présente analyse, le terme « population » fait référence aux femmes victimes de violence familiale qui sont atteintes de troubles concomitants.

## 2.0 Prévalence et nature des troubles concomitants : étude des liens entre violence familiale et troubles concomitants

Les associations entre violence familiale, troubles de la santé mentale et abus de substances psychoactives sont bien documentées par les publications spécialisées, dans de multiples combinaisons (Donahue et coll., 2010).

### *Violence familiale et troubles de la santé mentale*

De nombreux auteurs ont fourni des estimations sur la prévalence des troubles de la santé mentale chez les victimes de violence familiale. Les recherches montrent que les troubles de la santé mentale sont observés bien plus souvent chez les femmes exposées à des actes de violence que chez la population générale. D'après une étude, on a diagnostiqué un trouble de la santé mentale chez 50 pour cent des femmes exposées à des actes de violence, contre 20 pour cent chez les femmes qui n'ont pas été exposées à de tels actes (BC Society of Transition Houses [BCSTH], 2011).

Les recherches ont également révélé que la dépression, le TSPM et l'anxiété sont les troubles de la santé mentale les plus prédominants chez les femmes ayant été exposées à la violence d'un partenaire de sexe masculin (Pico-Alfonso, Echeburúa et Martinez, 2008). Une étude s'intéressant à l'impact de la violence conjugale sur la santé mentale des femmes a découvert, après avoir évalué le rôle de l'expérience de la violence vécue tout au long de la vie<sup>3</sup> que les femmes exposées à une violence conjugale risquaient davantage de développer une dépression, des symptômes d'anxiété, un TSPM et des idées suicidaires que les femmes n'ayant jamais vécu cette expérience (Pico-Alfonso et coll., 2006).

Les liens entre la violence familiale et le TSPM sont particulièrement bien documentés. Même si le TSPM a d'abord été diagnostiqué chez des soldats ayant survécu à des combats, la prévalence du TSPM est élevée chez les femmes – notamment chez celles qui présentent un traumatisme lié à des actes de violence familiale – et le TSPM est le trouble de la santé mentale associé à la violence familiale qui fait l'objet du plus grand nombre de recherches. Les chercheurs ont pu démontrer que le TSPM est sensiblement plus fréquent chez les femmes victimes de violence conjugale que chez les hommes victimes de violence conjugale ou chez les femmes victimes d'autres traumatismes; on estime que 64 à 94 pour cent des femmes victimes de violence familiale développent un TSPM. Ces estimations sont plus élevées que la prévalence du TSPM signalée chez toutes les victimes de violence conjugale (que l'on estime toucher 45 à 60 pour cent des victimes tous sexes confondus), et sont trois fois supérieures au taux de femmes qui développent un TSPM après un traumatisme, mais qui ne sont pas des victimes de violence familiale (Campbell, 2002; Lilly et Graham-Bermann, 2009; Pico-Alfonso, 2005; Scott-Tilley, Tilton et Sandel, 2010; Watson et coll., 1997).

---

<sup>3</sup> « Évaluer le rôle de l'expérience de la violence vécue tout au long de la vie » consiste à contrôler les expériences de violence physique ou d'autres formes de violence perpétrées par une personne qui n'est pas le conjoint.

Même si le TSPM polarise l'intérêt des chercheurs s'intéressant à la violence familiale, des études montrent que ce trouble apparaît souvent en parallèle à d'autres troubles de la santé mentale chez les victimes de violence familiale. Dans leur étude de l'impact de la violence conjugale sur l'apparition de symptômes de dépression, de TSPM, d'un état anxieux et d'idées suicidaires chez les femmes, Pico-Alfonso et coll. (2006) ont découvert que le TSPM était rarement le seul trouble de la santé mentale affectant les victimes de violence conjugale. Le TSPM est souvent un trouble comorbide des symptômes dépressifs (et intervenant après ces symptômes). Les travaux étudiant le lien entre violence familiale et dépression estiment que plus de 50 pour cent des femmes qui intègrent des maisons de transition à la suite d'actes de violence familiale sont dans un grave état dépressif (Cory, Godard, Abi-Jaoude et Wallace, 2010). Pour les femmes qui sont exposées à des actes de violence dans leurs relations, le risque de développer une dépression est plus de 25 pour cent supérieur à celui des femmes qui ne sont pas exposées à ce type de violence (BCSTH, 2011). Les articles consultés indiquent également que la violence conjugale « peut constituer un facteur déclenchant dans au moins 44 pour cent de toutes les tentatives de suicide » (Friedman et Loue, 2007, p. 477. Traduction libre). Friedman et Loue (2007) remarquent que chez les malades hospitalisés en établissement psychiatrique, ceux et celles qui ont subi des actes de violence conjugale sont nettement plus susceptibles de faire état de tentatives de suicide et de comportements violents.

Certaines études tentent d'expliquer pourquoi et comment la violence familiale peut faire naître ou aggraver des troubles de la santé mentale. Un climat de violence familiale est une situation où règne l'inégalité, et on estime souvent que ces « conditions d'inégalité » sont susceptibles de « déclencher » l'entrée des femmes dans le système de santé mentale (BCSTH, 2011, p. 6). Les actes des auteurs de mauvais traitements peuvent également contribuer directement aux troubles de la santé mentale de leur partenaire. Les auteurs de mauvais traitements peuvent tirer parti des changements émotionnels vécus par leur partenaire, en encourageant les états dépressifs ou les pensées suicidaires, ou ils peuvent contrôler les médicaments administrés à leur partenaire pour soigner ses troubles de la santé mentale, ce qui peut aboutir à une surconsommation ou une sous-consommation de médicaments (BCSTH, 2011, p. 6).

### ***Violence familiale et abus de substances psychoactives***

Des études révèlent que les femmes qui sont traitées pour des problèmes de violence familiale sont plus nombreuses à abuser de substances psychoactives que la population générale, et inversement (Cunradi, 2009; Martin, Moracco, Chang, Council, et Dulli, 2008). Cory et coll. (2010) remarquent que « la dépendance vis-à-vis de l'alcool est 15 fois plus fréquente chez les femmes faisant l'objet d'actes de violence que chez la population générale » (p. 3. Traduction libre). D'autres études soulignent que les femmes exposées à des actes violents sont plus enclines à avoir recours à plusieurs substances et à les utiliser en grande quantité que les femmes n'ayant pas subi de violences (BCSTH, 2011).

Certaines études estiment que deux tiers des femmes qui sont traitées pour des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme ont subi une violence familiale dans l'année précédant le traitement (Lipsky et coll., 2010). Parmi les femmes qui demandent à être traitées pour des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme, on estime que deux tiers ont déjà subi des violences, et que la moitié vit toujours avec un partenaire violent au moment où elles entreprennent un traitement. Les estimations relatives à l'abus de substances psychoactives chez les femmes hébergées dans

des maisons de transition qui cherchent un refuge pour être à l'abri d'une violence familiale varient entre 33 et 86 pour cent (Cory et coll., 2010, p. 3).

Certaines considérations expliquent le lien entre la violence familiale et l'abus de substances psychoactives. Elles ont été mises au jour grâce à des groupes de concertation auxquelles participaient des femmes victimes et à des consultations avec des fournisseurs de services. Les partenaires violents peuvent être directement à la source du problème d'alcoolisme ou de toxicomanie : ils peuvent fournir des drogues ou de l'alcool à leur partenaire, ce qui accroît la dépendance vis-à-vis du partenaire violent. De plus, les efforts déployés par une victime pour mettre un terme à son accoutumance peuvent provoquer des attaques violentes ou l'utilisation d'autres tactiques de contrôle de la part des auteurs de mauvais traitements (Cory et coll., 2010).

Les femmes victimes de violence peuvent aussi développer une accoutumance aux médicaments prescrits pour soulager les maux liés aux mauvais traitements, comme des douleurs ou des maux de tête chroniques; des douleurs abdominales, articulaires ou musculaires; l'anxiété ou la dépression; ou encore les troubles du sommeil. Ce risque est particulièrement prononcé quand ces médicaments sont prescrits sans prendre en compte les facteurs sous-jacents (tels que la violence familiale) occasionnant les maux des patientes (Cory et coll., 2010).

### ***Abus de substances psychoactives et troubles de la santé mentale***

Le lien entre l'abus de substances psychoactives et les troubles de la santé mentale est largement évoqué dans les publications spécialisées. Certaines recherches estiment que parmi les femmes qui suivent un traitement pour abus d'alcool ou d'autres drogues, deux sur cinq présentent également un grave trouble de la santé mentale (Cory et coll., 2010, p. 3). Une fois encore, le lien entre le TSPM et l'abus de substances psychoactives est particulièrement bien établi. Les publications spécialisées estiment que 27 à 59 pour cent des femmes qui présentent un problème de toxicomanie ou d'alcoolisme sont également atteintes d'un TSPM (Najavits, Sonn, Walsh et Weiss, 2004, p. 707; Najavits, Sullivan, Schmitz, Weiss et Lee, 2004, p. 215).

### ***Violence familiale, abus de substances psychoactives et troubles de la santé mentale***

Comme on l'a vu ci-dessus, la triple association entre violence familiale, troubles de la santé mentale et abus de substances psychoactives est de plus en plus reconnue, même si à ce jour, peu de chercheurs l'ont explorée de façon approfondie. D'après Najavits et coll. (2004), les recherches portant sur le double diagnostic et la violence familiale (autrement dit, l'étude des liens entre la violence familiale et les troubles concomitants) sont plus récentes et moins documentées que les publications étudiant les liens bilatéraux entre ces trois aspects. Avant 2004, aucune étude empirique portant sur les femmes avec une histoire de violence familiale n'évoquait à la fois l'abus de substances psychoactives et les troubles de la santé mentale (Najavits et coll., 2004). Au lieu de cela, la plupart des chercheurs avaient circonscrit leurs études à un champ plus étroit (en étudiant les liens entre violence familiale et troubles de la santé mentale, ou entre violence familiale et abus de substances psychoactives, ou entre troubles concomitants). Par conséquent, il est difficile d'établir des statistiques concernant spécifiquement la prévalence des troubles concomitants chez les femmes victimes de violence familiale.

L'expérience des fournisseurs de services tend néanmoins à indiquer que la prévalence de troubles concomitants tels que l'abus de substances psychoactives et les troubles de la santé mentale est plutôt élevée chez les femmes victimes de violence familiale. D'après une étude récente de la BC Society of Transition Houses (2011) sur les fournisseurs de services,

Il est rare que les femmes qui ont fait l'objet de mauvais traitements développent seulement un trouble de la santé mentale ou un problème de toxicomanie/d'alcoolisme : souvent, ces troubles coexistent. Les études portant sur les services de lutte contre la violence, les services d'aide aux personnes atteintes de troubles de la santé mentale ou les services de lutte contre l'abus de substances psychoactives montrent que ces services accueillent des personnes chez qui les expériences de violence, de troubles mentaux et de toxicomanie/d'alcoolisme se recoupent (BCSTH, 2011, p. 6).

### ***Difficulté à obtenir des données de prévalence : observations sur les troubles diagnostiqués par rapport aux symptômes constatés chez la population générale***

Il existe trop peu d'études se consacrant spécifiquement à l'examen de la triple association entre violence familiale, abus de substances psychoactives et troubles de la santé mentale. À ce problème s'ajoutent d'autres facteurs qui compliquent encore davantage l'obtention de données de prévalence sur le lien entre violence familiale et troubles concomitants : on peut notamment citer la sous-déclaration et le sous-diagnostic de la violence familiale et des troubles de la santé mentale.

#### ***Sous-déclaration***

D'après Statistique Canada, en 2009, moins d'un quart (22 pour cent) des victimes de violence conjugale au Canada a porté plainte pour mauvais traitements. Ces chiffres sont en déclin par rapport à 2004, année au cours de laquelle 28 pour cent des victimes avaient signalé leur situation à la police (Statistique Canada, 2011). Parmi les personnes qui signalent les mauvais traitements subis, bon nombre se tournent vers la police de façon tardive. Statistique Canada estime qu'en 2009, 63 pour cent des victimes avaient été victimisées plus d'une fois, et 28 pour cent avaient été victimisées plus de dix fois avant de communiquer avec la police (2011, p. 13). Outre leur réticence à faire appel à la justice, de nombreuses femmes ne peuvent pas ou ne souhaitent pas se tourner vers d'autres systèmes de soutien formel, par exemple les services d'assistance judiciaire et les organismes de santé mentale (Goodman, Smyth, Borges et Singer, 2009). Statistique Canada a établi qu'en 2004, seulement 13 pour cent des femmes victimes de maltraitance avaient demandé des soins médicaux pour des blessures découlant d'une violence familiale (Statistique Canada, 2005). D'autres études estiment que seuls 15 pour cent des dossiers médicaux de femmes victimes de mauvais traitements font état de cette situation, et que les femmes qui subissent une violence familiale se rendent généralement sept à huit fois chez des professionnels de la santé avant que les mauvais traitements soient révélés (Gregory et coll., 2010).

D'après les publications spécialisées, les femmes qui sont victimes de violence familiale et qui présentent des troubles de la santé mentale et des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie hésitent à signaler leur situation ou leurs symptômes auprès des autorités compétentes pour de très nombreuses raisons, comme la honte, la peur de représailles et la réticence à faire intervenir

la police (Statistique Canada, 2006b). Les femmes peuvent également s'inquiéter de la stigmatisation associée à l'abus de substances psychoactives et aux troubles de la santé mentale. Les femmes issues de minorités ethniques peuvent hésiter à communiquer avec les autorités médicales, car elles s'inquiètent de l'absence de « compétence culturelle »<sup>4</sup> chez le personnel des organismes de lutte contre la violence familiale. Les victimes de violence familiale peuvent également renoncer à demander de l'aide en raison de divergences entre ce que les fournisseurs de services peuvent offrir (ou sont prêts à offrir) et les services que les victimes souhaitent et dont elles ont besoin (Goodman et coll., 2009). De plus, certains mécanismes d'adaptation à court terme contribuent à la sous-déclaration : ainsi, certaines victimes de violence familiale décident d'accepter leur statut de victime (Friedman et Loue, 2007, p. 478), ou alors elles minimisent l'importance des épisodes de violence familiale et finissent par se convaincre qu'ils ne sont pas suffisamment graves pour en faire part aux autorités (Statistique Canada, 2011).

### *Sous-diagnostic*

Les chiffres cités ci-dessus suggèrent que les victimes de violence familiale sous-déclarent les mauvais traitements dont elles font l'objet aux autorités médicales et à la justice. Un autre facteur limite la précision des évaluations de la prévalence, à savoir le fait que les autorités médicales ne font pas toujours le lien entre les symptômes observés dans le cadre des troubles concomitants et l'existence d'une violence familiale. Certains auteurs précisent que très peu de médecins procèdent régulièrement à des dépistages visant à identifier une violence familiale ou des troubles de la santé mentale chez leurs patients (Kass-Bartelmes et Rutherford, 2004; Rodriguez, Valentine, Son et Muhammad, 2009). Une enquête américaine a été réalisée auprès de cliniciens en soins primaires, de membres du personnel infirmier, d'adjoints au médecin et d'auxiliaires médicaux grâce au financement de l'Agency of Healthcare Research and Quality. Les résultats obtenus révèlent que plus d'un quart des médecins et près de la moitié des infirmiers, des adjoints au médecin et des auxiliaires médicaux avouent qu'ils n'osent pas demander à leurs patients s'ils sont victimes de mauvais traitements. Moins de 20 pour cent des cliniciens évoquent l'existence potentielle de violence familiale avec les patients qui sont soignés pour des états à haut risque (comme des blessures, une dépression, un état anxieux et des douleurs au niveau du bassin). Les cliniciens étaient moins d'un quart à penser connaître des services de protection contre la violence familiale vers lesquels orienter leurs patients (Kass-Bartelmes et Rutherford, 2004). De même, Friedman et Loue (2007) citent un certain nombre de rapports indiquant que, malgré la fréquence de l'exposition à une violence conjugale chez les personnes demandant une aide psychiatrique, les symptômes de mauvais traitements ne font pas partie de ceux qui sont systématiquement recherchés par les psychiatres, et la violence conjugale « est rarement détectée par les psychiatres » (p. 478. Traduction libre).

De plus, les cliniciens qui n'ont pas reçu de formation sur les problèmes liés à la violence conjugale n'ont pas toujours les aptitudes, les connaissances ou l'assurance nécessaires pour entreprendre de tels dépistages (Rodriguez et coll., 2009; Gregory et coll., 2010). Selon Najavits (2009), les professionnels de la santé sont traditionnellement hésitants à diagnostiquer des

---

<sup>4</sup> La « compétence culturelle » fait référence à la connaissance des problèmes propres aux femmes issues de certaines cultures ou ethnies, et au fait de savoir qu'il existe des obstacles spécifiques en matière de traitement du fait de cette origine culturelle. Cette question sera abordée de façon plus approfondie dans la partie 4.0.

troubles mentaux chez les victimes, en raison des perceptions négatives associées à ce diagnostic :

Dans le domaine de la violence interpersonnelle, il existe traditionnellement une réticence bien compréhensible quand il s'agit de poser un diagnostic de maladie mentale chez les femmes qui sont victimes de violence interpersonnelle, car cela pourrait être perçu comme « faire porter le blâme à la victime ». Pourtant, des troubles comme le TSPM et l'abus de substances psychoactives constituent des réponses logiques face à la violence et peuvent être traités avec succès s'ils font l'objet d'un diagnostic précis (p. 291. Traduction libre).

Gregory et coll. (2010) remarquent que de nombreux professionnels de la santé « faute de formation ou de formation suffisamment poussée, ignorent comment réagir quand un patient révèle qu'il fait l'objet de mauvais traitements » (p. 1471. Traduction libre).

Un autre problème lié au diagnostic des troubles concomitants chez les femmes victimes de violence familiale concerne les outils et les mécanismes employés pour diagnostiquer ces troubles. Lilly et Graham-Bermann (2009) soulignent que traditionnellement, les outils de diagnostic ne sont pas conçus en fonction du genre, et que cela limite leur précision quand il s'agit de diagnostiquer certains troubles chez les femmes. Par exemple, les critères de diagnostic du TSPM ont été établis à l'issue de recherches effectuées auprès de soldats (de sexe masculin) ayant survécu à des combats. Pourtant, l'expérience vécue par ces hommes sur le plan du TSPM « diffère qualitativement de l'expérience vécue par les femmes victimes de violence conjugale » (Lilly et Bermann, 2009, p. 4. Traduction libre). Contrairement à ce qui se passe chez les hommes atteints d'un TSPM, chez les femmes, ce trouble résulte souvent d'une violence interpersonnelle intervenue au cours de l'enfance et/ou à l'âge adulte, plutôt qu'au cours de situations de combat (Najavits, 2009. Traduction libre). Par conséquent, l'emploi de critères traditionnellement utilisés pour diagnostiquer un TSPM nécessite de redéfinir ce qui définit un événement traumatisant, afin de prendre en compte la spécificité des types de traumatismes vécus par les femmes dans un contexte de violence familiale.<sup>5</sup>

Malgré certaines ambiguïtés et des difficultés à recueillir des données sur la prévalence des troubles concomitants chez les femmes victimes de violence familiale, il existe un vaste consensus quant à la prédominance des troubles concomitants chez cette population. De plus, comme le suggère l'analyse ci-dessus, il est très probable que la prévalence des symptômes de troubles concomitants observés chez cette population est sensiblement supérieure aux taux observés et documentés.

---

<sup>5</sup> Les critères utilisés aujourd'hui pour diagnostiquer un TSPM chez les femmes victimes de violence conjugale impliquent d'identifier le moment où s'est déroulé l'événement traumatisant, la présence de symptômes à partir de trois « groupes de symptômes », la durée des symptômes ainsi que leur impact sur la façon de fonctionner de la personne concernée. Les trois groupes de symptômes qui caractérisent le TSPM sont les suivants : l'intrusion, ou reviviscence (le traumatisme est de nouveau vécu par la victime); l'évitement ou l'anesthésie des émotions (la victime évite systématiquement les stimuli associés à l'événement ou aux expériences traumatisantes, manifeste un détachement général ou un engourdissement émotionnel); et l'hyperstimulation (les victimes peuvent avoir du mal à s'endormir ou à se concentrer, être irritables, hypervigilantes ou sursauter de façon exagérée) (Scott-Tilley, Tilton et Sandel, 2010).

### 3.0 Les troubles concomitants : complexité et répercussions

La partie précédente évoquait les liens statistiques entre la violence familiale et les troubles concomitants. La littérature souligne que dans une certaine mesure, cette relation est affectée par la tendance des femmes maltraitées à manifester un sentiment de désespoir et de « désespoir acquis » – des sentiments qui sont aussi associés à des symptômes dépressifs et à d'autres effets psychologiques négatifs (Leiner et coll., 2008). Il s'agit toutefois d'une relation bien plus complexe. Cette partie s'emploie à explorer cette complexité et à évoquer les effets et les implications socioéconomiques plus vastes de la violence familiale et des troubles concomitants.

#### *Complexité de la relation entre la violence familiale et les troubles concomitants, et entre les troubles concomitants existant chez les victimes*

Dans une certaine mesure, la relation entre la violence familiale et les troubles concomitants est cyclique. Même si de nombreuses études regorgent de données empiriques illustrant le lien entre la violence familiale, l'abus de substances psychoactives et les troubles de la santé mentale, la causalité de ce lien est bien plus délicate à établir.

Les publications spécialisées considèrent généralement les troubles concomitants comme une réponse à la violence (Najavits, 2009, p. 291); pourtant, d'autres études soulignent aussi que les troubles de la santé mentale et l'abus de substances psychoactives sont deux facteurs qui accroissent le risque de violence familiale (Friedman et Loue, 2007). Certaines études montrent par exemple que la maladie mentale est un facteur de risque de violence familiale. De multiples études révèlent que les diagnostics de troubles de la santé mentale – y compris les troubles de la personnalité, la dépression, les troubles anxieux, les problèmes liés à l'abus de substances psychoactives et à l'accoutumance à ces substances – augmentent le risque d'être victimisé par un partenaire. Parmi les explications avancées pour expliquer ce lien, on trouve le fait que les personnes atteintes de déséquilibres mentaux peuvent faire des erreurs de jugement, avoir des difficultés à planifier ou à nouer des relations sociales, ce qui renforce leur vulnérabilité aux mauvais traitements (Friedman et Loue, 2007; Rodriguez et coll., 2009). Plus spécifiquement, les troubles mentaux peuvent perturber la façon dont les victimes perçoivent le niveau de violence « normal » dans les relations intimes. Ils peuvent rendre les victimes incapables de faire appel aux services appropriés ou de mettre au point des stratégies pour éviter ou fuir les situations de maltraitance. Quand les troubles de la santé mentale empêchent la victime de travailler et de conserver un emploi, ils peuvent accroître sa dépendance économique vis-à-vis d'un conjoint violent (Goodman et coll., 2009).

De même, l'abus de substances psychoactives est lié à la fois à la victimisation et à la perpétration d'actes de violence familiale. Les troubles tels que la toxicomanie et l'alcoolisme sont souvent le résultat d'une violence familiale ou de troubles mentaux, puisque les victimes sont susceptibles d'adopter les substances psychoactives comme un moyen de faire face à leur situation (p. ex. dans un but d'automédication) (Najavits, 2009). Par ailleurs, les modifications cérébrales associées à un traumatisme ou à un trouble de la santé mentale peuvent altérer la façon dont une personne réagit à ces substances (Santé Canada, 2002). Toutefois, certaines études identifient la violence intrafamiliale comme la conséquence d'un abus de substances

psychoactives, et comme une affliction des personnes commettant des actes de maltraitance. On a établi un lien entre l'abus de substances psychoactives et l'accélération de la fréquence/la gravité croissante des épisodes de violence familiale (Cunradi, 2009; Lipsky et coll., 2010; Najavits, 2009; Stalans et Ritchie, 2008). L'abus de telles substances fausse le jugement des auteurs de maltraitance; de plus, certaines études démontrent que la consommation abusive d'alcool ou de drogues illicites peut accroître la fréquence des disputes conjugales. La toxicomanie et l'alcoolisme sont également associés à une aggravation du stress conjugal, à une augmentation des altercations pour des questions d'argent ou d'emploi du temps, et à un comportement privilégiant de plus en plus les hurlements et les insultes. En outre, on a démontré que de très nombreux auteurs de mauvais traitements qui présentent des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie refusent de suivre un programme de traitement de la violence familiale. Faute de traitement, l'abus de substances psychoactives peut « empêcher l'auteur de mauvais traitements de comprendre les programmes de traitement des personnes violentes et d'y participer pleinement » (Stalans et Ritchie, 2008, p. 9. Traduction libre).

### ***Les types de violence familiale et leurs différents effets***

Bien que certaines études indiquent que tous les types de violence familiale (physique, psychologique et sexuelle) soient associés à des conséquences négatives sur le plan de la santé mentale et à un abus de substances psychoactives, d'autres travaux révèlent que ces différentes formes de violence peuvent quelque peu varier dans leur impact sur le « fonctionnement psychologique des femmes » (Pico-Alfonso, 2005, p. 183. Traduction libre). Bien que les recherches confirment que les violences psychologiques et sexuelles se produisent souvent en parallèle avec la maltraitance physique, certaines études portant sur la relation entre les différents types de violence et la santé mentale suggèrent que les répercussions sur la santé mentale peuvent varier, dans une certaine mesure, en fonction du type de violence. Pico-Alfonso (2005) a ainsi remarqué que « la violence psychologique a un impact unique, voire un impact supérieur à la violence physique sur le fonctionnement psychologique des femmes » et que les femmes qui sont à la fois victimes de violence physique et sexuelle « présentent davantage de troubles mentaux que celles qui ont “seulement” été exposées à de mauvais traitements physiques » (p. 183. Traduction libre).

Le type, le degré et la fréquence de la violence familiale semblent également avoir une influence sur le type et la gravité des troubles associés. Chez les femmes victimes de violence conjugale, on a fait le lien entre la gravité de la violence physique et celle des symptômes de TSPM (Pico-Alfonso, 2005; Rodriguez et coll., 2009, p. 359). Rodriguez et coll. (2009) ont mis en évidence le fait que plus les incidents violents étaient fréquents et plus les femmes victimes de ces maltraitements risquaient de développer un TSPM, une dépression ou un problème de toxicomanie/d'alcoolisme. Des incidents violents répétés peuvent multiplier de deux à quatre fois le risque de développer ces troubles, alors que ce risque est moins probable après un seul épisode de violence conjugale (Rodriguez et coll., 2009, p. 359). De même, dans leur étude des facteurs de risque d'apparition d'un TSPM à la suite d'épisodes de violence conjugale (à partir d'un échantillon communautaire de 120 femmes européennes, américaines et afro-américaines à faible revenu), Lilly et Graham-Bermann (2009) ont constaté que « des épisodes violents plus fréquents au cours de l'année écoulée et une victimisation passée laissent présager des niveaux de stress post-traumatique plus élevés » (p. 13. Traduction libre).

***Des répercussions sociétales plus vastes***

La violence familiale et les troubles concomitants ont des conséquences à long terme sur la santé des personnes qui en sont victimes, et ont également des répercussions sur la société dans son ensemble (Gregory et coll., 2010). D'après Moses et coll. (2003), « l'échec de la société à fournir des services appropriés aux femmes ayant des troubles psychologiques, des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme et ayant vécu des événements traumatisants a un coût humain considérable, tant sur le plan individuel que sur le plan institutionnel » (p. 5. Traduction libre). D'autres chercheurs remarquent que la violence interpersonnelle peut entraver le développement économique en augmentant les coûts des services de santé et de sécurité, et en ralentissant la productivité (Krug et coll., 2002).

D'autres études indiquent que les personnes atteintes de troubles concomitants risquent davantage d'avoir des maladies chroniques et « de faire appel à un plus grand nombre de services que celles qui ont seulement un problème lié à l'abus de substances psychoactives ou un trouble de la santé mentale » (Lipsky et coll., 2010, p. 231. Traduction libre). Cette situation a clairement des conséquences sur l'utilisation des ressources de santé et sur la capacité du système de santé à fournir des services adéquats.

Même si les personnes qui sont atteintes de troubles concomitants peuvent avoir davantage besoin de services de santé et les utiliser plus fréquemment que les personnes qui ne présentent qu'un seul trouble, ce n'est pas nécessairement vrai pour tous les sous-groupes de cette population. D'après Rodriguez et coll. (2009), les femmes victimes de violence conjugale et issues des minorités officielles peuvent avoir tendance à sous-employer les services officiels de santé mentale. D'une façon peut-être paradoxale, cette situation peut aussi finir par peser davantage sur d'autres services du système de santé, puisque faute d'être traités, les symptômes de troubles mentaux peuvent faire augmenter les besoins en matière de services d'urgence.

## **4.0 Considérations relatives à l'efficacité du traitement et de la prestation de service**

Étant donné l'impact de la violence familiale et de ses troubles concomitants à l'échelle de l'individu et de la société, il est essentiel de proposer un traitement efficace. Cette partie fait le point sur les obstacles à la prestation de services identifiés par les publications spécialisées, ainsi que sur les besoins en matière de services des femmes victimes de violence familiale et de troubles concomitants, en tenant compte des différentes expériences vécues par les sous-populations évoquées dans la partie 3.0. La compréhension des obstacles entravant la prestation de services est une première étape indispensable pour les fournisseurs de services qui souhaitent passer outre ces obstacles afin de traiter efficacement leurs patientes et de répondre à leurs besoins.

### **4.1 Obstacles au traitement et besoins en matière de service**

#### *Obstacles lors de la recherche d'un traitement*

La littérature sur la violence conjugale et les soins de santé mentale met en avant un certain nombre de facteurs qui empêchent les femmes victimes de violence familiale de rechercher des services et des options thérapeutiques pour faire face aux mauvais traitements et/ou à des troubles psychiatriques et à des problèmes de toxicomanie/d'alcoolisme (Rodriguez et coll., 2009). Nous répertorions ci-dessous quelques-uns des facteurs limitants les plus communs chez ces femmes :

- ▶ Comme nous l'avons vu dans la partie 2.0, ces femmes peuvent refuser d'admettre les mauvais traitements qu'elles subissent ou leurs problèmes psychologiques de peur d'être stigmatisées ou d'encourir la désapprobation de leurs proches. Cette crainte peut les dissuader de signaler ces problèmes aux autorités compétentes et de rechercher des options thérapeutiques.
- ▶ Ces femmes peuvent éprouver un sentiment de honte à l'idée d'évoquer les mauvais traitements subis, des problèmes psychologiques ou des troubles liés à un abus de substances psychoactives (Rodriguez et coll., 2009).
- ▶ Elles peuvent nier les mauvais traitements ou les excuser dans le but de s'en sortir à court terme ou de protéger l'auteur des mauvais traitements; elles peuvent aussi minimiser la gravité des épisodes violents en partant du principe que la violence est un aspect inévitable de la relation conjugale (Kass-Bartelmes et Rutherford, 2004; Rodriguez et coll., 2009).
- ▶ Certaines femmes redoutent probablement de perdre la garde de leurs enfants si elles révèlent des détails sur les mauvais traitements infligés par leur partenaire, leur abus de substances psychoactives ou leurs troubles de la santé mentale. Cette crainte est justifiée, puisque, comme le précisent Moses et coll. (2003), certaines femmes perdent

effectivement la garde de leurs enfants une fois inscrites à un programme de traitement.

- ▶ La peur d'être expulsées du pays peut empêcher les femmes immigrées de rechercher de l'aide si ce faisant, elles doivent révéler leur statut d'immigration. Les obstacles linguistiques peuvent également dissuader ces femmes d'accéder aux services qui pourraient les aider (Rodriguez et coll., 2009).<sup>6</sup>

### ***Éléments à prendre en compte pour atteindre les sous-populations clés : obstacles et besoins en matière de services spécifiques aux groupes sociodémographiques***

#### ***La pauvreté : un autre facteur concomitant***

L'étroite corrélation entre violence familiale et pauvreté n'a pas toujours été reconnue. D'après Goodman et coll. (2009), ce phénomène était traditionnellement dû à une tactique délibérée visant à accroître la prise de conscience de l'existence de la violence familiale. Cette absence de stratification sociale a été exagérée par les premières personnes luttant contre la violence familiale dans l'espoir d'attirer davantage l'attention du public sur cette question et de susciter un consensus à une échelle plus vaste. La violence familiale était « [dépeinte] comme un problème touchant toutes les femmes », quel que soit leur statut socioéconomique (p. 307. Traduction libre). Goodman et coll. (2009) remarquent que dans un sens, cette stratégie a réussi : elle a incité le système de droit pénal, le système de santé, les institutions religieuses et le secteur de l'emploi à prendre des mesures contre la violence conjugale. Toutefois, elle explique que le lien entre pauvreté et violence conjugale a seulement été reconnu et étudié relativement récemment, et aussi que les fournisseurs de services luttant contre la violence conjugale ne se sont généralement pas concentrés sur les besoins de leurs clientes en matière de viabilité économique à long terme.

Ces dix dernières années, un ensemble de données scientifiques est cependant venu démontrer qu'il existe un lien important entre la pauvreté et le déclenchement/la perpétuation de la violence conjugale. De plus, il apparaît que le lien entre pauvreté et violence conjugale a des conséquences sur le plan de la santé mentale (Goodman et coll., 2009). Goodman et coll. (2009) ont relevé que la violence familiale et la pauvreté impliquent des facteurs de stress chroniques et aigus, et que ces facteurs de stress sont à leur tour associés à un stress et à des problèmes subséquents sur le plan de la santé mentale (par exemple, une anxiété, une dépression et un sentiment général d'impuissance). Quand tous ces facteurs se cumulent, les facteurs de stress provoqués par la pauvreté et la violence conjugale multiplient leurs effets respectifs. L'étude constate également que le niveau de revenu du ménage est l'un des plus importants « corrélats de la violence du conjoint » (p. 308. Traduction libre). D'après Goodman et coll. (2009) :

Parmi un échantillon combiné de 19 000 femmes provenant de plusieurs États, celles dont les revenus se situaient sous les 25 000 dollars américains risquaient deux fois plus d'être victimes de mauvais traitements que les femmes ayant un revenu plus élevé. De plus, les études réalisées ont régulièrement démontré que la

<sup>6</sup> Les éléments empêchant d'accéder aux services s'appliqueraient alors à tous les services, et pas seulement à ceux qui concernent la violence familiale et les troubles concomitants.

*majorité*<sup>7</sup> des femmes sans-abri avaient été maltraitées physiquement par leur partenaire ou conjoint (p. 308. Traduction libre).

D'autres études ont confirmé ces liens. De fait, une étude s'intéressant à l'impact des contraintes budgétaires sur le bien-être psychologique des personnes ayant survécu à une violence conjugale a révélé que ces contraintes jouaient un rôle important sur la dégradation de la santé mentale découlant d'une violence psychologique (Beeble, Bybee et Sullivan, 2010).

Comme indiqué dans cette analyse, la pauvreté entretient des relations complexes avec la violence familiale et les troubles concomitants. La littérature suggère qu'en raison de ces interactions complexes, la « cooccurrence » supplémentaire impliquée par la pauvreté peut créer de nouveaux obstacles compliquant l'accès aux services et nuisant à l'efficacité des traitements.

La pauvreté peut compromettre la réussite des interventions contre la violence familiale et les troubles concomitants en inhibant la capacité des femmes à fuir les situations violentes. Comme les femmes pauvres n'ont pas accès à certaines ressources, elles sont plus enclines que les femmes qui n'ont pas de problèmes financiers à s'appuyer sur leur partenaire pour un soutien financier ou pratique (p. ex. aide pour la garde des enfants). Par conséquent, les femmes pauvres peuvent avoir plus de difficulté à quitter un conjoint violent<sup>8</sup> (Goodman et coll., 2009). S'il est impossible de mettre un terme aux maltraitances, le traitement des troubles concomitants qui en résultent a de fortes chances d'être compromis.

De surcroît, le lien entre violence familiale et pauvreté peut créer un cercle vicieux. Tout comme la pauvreté peut empêcher les femmes de fuir un conjoint violent (ce qui compromet la réussite potentielle d'interventions destinées à contrer la violence familiale et ses conséquences sur la santé), la violence familiale et les troubles concomitants (abus de substances psychoactives, troubles mentaux) peuvent limiter la capacité de ces femmes à fuir la pauvreté. En harcelant sa partenaire au travail, en détruisant des affaires qui lui sont nécessaires ou en lui infligeant des meurtrissures visibles, un partenaire violent peut saccager directement sa capacité à travailler ou à être embauchée. De même, les troubles mentaux et la toxicomanie ou l'alcoolisme associés à la violence familiale peuvent compromettre les chances d'emploi (Goodman et coll., 2009).

Les femmes qui vivent dans une situation précaire, qui sont exposées à une violence familiale et qui sont atteintes de troubles concomitants peuvent avoir davantage besoin des services officiels que les femmes dont la situation économique est plus stable, puisque les réseaux sociaux informels auxquels ces femmes ont accès s'avèrent souvent moins à même de leur procurer l'aide nécessaire (Goodman et coll., 2009). Par conséquent, la réussite des interventions précédemment citées passe par l'incorporation de mécanismes permettant d'assurer la subsistance économique à long terme des victimes de violence familiale atteintes de troubles concomitants.

### *Considérations relatives à l'ethnicité*

---

<sup>7</sup> L'emphase sur le terme « majorité » figure dans le texte original.

<sup>8</sup> La disponibilité de soutiens sociaux tels que l'aide sociale peut donc affecter considérablement la capacité de ces femmes à fuir une situation de violence familiale (Goodman et coll., 2009).

D'après certaines études, il pourrait y avoir des liens entre la race ou l'ethnicité et les facteurs de risque relatifs à la violence familiale et aux troubles concomitants. Par exemple, certaines analyses comparant l'expérience des femmes afro-américaines et caucasiennes victimes de violence familiale révèlent que les femmes afro-américaines risquent davantage d'être exposées à une violence familiale plus grave, et de subir des répercussions plus profondes sur le plan de la santé mentale. D'après Rodriguez et coll. (2009), des études portant sur la violence conjugale et les symptômes de troubles mentaux ont révélé que les femmes afro-américaines ayant survécu à une situation de violence conjugale risquaient deux fois plus de développer une dépression à la suite de cette expérience que les femmes caucasiennes ayant survécu à une situation de violence conjugale (31 pour cent contre 14 pour cent respectivement) (p. 359). Une étude américaine sur la violence conjugale et le comportement suicidaire indique que la violence conjugale tend à adopter une forme plus agressive – et à se traduire par des conséquences plus négatives sur le plan de la santé mentale et physique – chez les Afro-américains que chez les Caucasiens (Leiner et coll., 2008).

Parmi les facteurs qui contribuent à accroître le risque de violence familiale et de troubles concomitants chez les femmes des minorités officielles, on compte le stress et la pauvreté. Stalans et Ritchie (2008) ont réalisé une analyse comportant une enquête effectuée sur 19 131 personnes vivant en couple afin de mettre en évidence les variantes intervenant dans l'association entre la consommation/l'abus de substances illicites et la violence conjugale auprès de différents groupes socioethniques ou économiques. Ils ont découvert qu'il existait une relation plus étroite entre la consommation de certaines substances illicites et l'apparition de la violence conjugale chez les minorités que chez les Caucasiens. Les auteurs expliquent ce constat par le fait que les personnes représentant des groupes ethniques minoritaires subissent un stress plus élevé à cause du racisme et d'autres problèmes liés à l'ethnicité. De plus, d'autres études prouvent que les femmes issues de groupes minoritaires risquent davantage de vivre dans la pauvreté, qui constitue un autre facteur de risque en ce qui concerne l'apparition de troubles de la santé mentale et d'une consommation abusive de substances psychoactives (Rodriguez et coll., 2009, p. 359). Puisque les facteurs ethniques ou culturels peuvent jouer un rôle sur le plan de la violence familiale et des troubles concomitants, il est essentiel que ces facteurs soient reconnus et pris en compte par les fournisseurs de service désireux de mettre en place des stratégies efficaces pour répondre aux besoins spécifiques de ces femmes.

### *Les besoins spécifiques des Autochtones en matière de services*

Les analyses qui étudient le lien entre la violence familiale et les troubles concomitants chez les populations autochtones sont particulièrement importantes et dignes d'intérêt. D'après Jones (2008), les études qui s'intéressent à la violence familiale chez les communautés amérindiennes soutiennent empiriquement la généralisation selon laquelle « la violence au foyer, y compris [la violence conjugale], est un problème grave au sein des communautés indiennes » (p. 113. Traduction libre). La violence familiale a tendance à sévir davantage chez les Amérindiens que dans la population générale.

La prévalence de la consommation de drogues et d'alcool au sein des communautés amérindiennes revêt une importance particulière, comme la cause, mais aussi comme la conséquence de la violence familiale constatée au sein de ces communautés. D'après Jones (2008), une étude portant sur une communauté amérindienne a révélé que 62 pour cent des

hommes et 74 pour cent des femmes indiquaient avoir consommé de l'alcool au cours « d'épisodes de violence conjugale » (p. 114). Une autre étude indique que 30 pour cent des femmes interrogées pensent que la victimisation accroît la probabilité d'abus de substances psychoactives (Jones, 2008).

D'après les publications spécialisées, l'histoire coloniale des peuples autochtones est un facteur qui a beaucoup contribué à l'incidence disproportionnée de violence familiale, d'abus de substances psychoactives et de troubles de la santé mentale au sein de ces communautés. On peut établir un lien entre le traumatisme provoqué par leur asservissement et leur oppression au cours de l'Histoire, ainsi que l'expérience du racisme, et la manifestation actuelle de ces problèmes (Jones, 2008). Même si de nombreuses études mettent l'accent sur l'expérience des Amérindiens, on peut raisonnablement supposer que ces tendances sont également valables dans une certaine mesure pour les autres populations autochtones du Canada, puisqu'elles ont vécu des traumatismes identiques au cours de l'Histoire.

Ces traumatismes, tout comme d'autres expériences uniques à ces populations, peuvent créer des obstacles supplémentaires, avec à la clé un accès plus difficile aux services et des traitements moins efficaces. Dans une analyse portant sur les besoins en matière de services et les obstacles à ces prestations chez sept tribus amérindiennes du comté de San Diego (Californie), Jones (2008) a mis en évidence un certain nombre d'obstacles potentiels spécifiques aux populations autochtones. Pour illustrer ce propos, cette étude indique que le traumatisme subi par les communautés amérindiennes du fait « des mauvais traitements et de l'oppression historiques » infligés par la culture dominante suscite chez ces communautés une méfiance générale à l'égard des étrangers. Cette méfiance peut aussi concerner les intervenants qui cherchent à apporter une aide, si ces personnes sont des « étrangers » (c'est-à-dire des personnes vivant hors de la communauté amérindienne) (p. 113). La loyauté vis-à-vis de la famille, du clan ou de la tribu, caractéristique propre à ces communautés, est susceptible de nuire à l'accès aux services. Même si les réseaux sociaux peuvent fournir de l'aide, ces mêmes réseaux peuvent aussi exercer une influence négative sur les femmes qui sont victimes de violence intrafamiliale et qui présentent des troubles concomitants; ils peuvent constituer une source de critiques ou leur faire porter une responsabilité, et ils peuvent exercer une pression sur elles pour les inciter à poursuivre une relation violente ou pour protéger les auteurs de mauvais traitements qui font également partie du réseau social (Jones, 2008).

Le résultat de l'étude menée par Jones (2008) montre également qu'il existe des obstacles à la prestation de services. Les populations autochtones vivent souvent dans des régions isolées, où les services sont très dispersés sur le plan géographique. Cette dispersion limite l'accès et le recours aux services. De plus, les communautés autochtones sont souvent économiquement défavorisées. D'une part, l'absence d'emploi et le stress qui en découle sur le plan financier exacerbent les tensions familiales au sein de ces communautés (ce qui contribue à l'élévation du taux de violence familiale et de troubles concomitants); d'autre part, les femmes autochtones exposées à une violence familiale et présentant des troubles concomitants qui doivent également faire face à un stress lié à des difficultés économiques sont en butte aux mêmes obstacles, en matière de traitement, que les autres femmes qui sont dans une situation de pauvreté, qui subissent une violence familiale et qui sont atteintes de troubles concomitants.

D'après Jones (2008), il est nécessaire d'adopter une approche intégrée, exhaustive et adaptée aux différences culturelles pour répondre aux besoins uniques des femmes autochtones en proie à la violence familiale et à des troubles concomitants :

La complexité de la violence familiale telle que constatée au sein de la communauté amérindienne, ses liens avec l'abus de substances psychoactives, les troubles de la santé mentale, les problèmes liés à la pauvreté, les mauvais traitements infligés aux enfants, etc. [...] suggèrent que de nombreux professionnels pourraient adopter avec profit une approche globale et collaborative. Un programme de soins en santé mentale est essentiel, mais des services d'aide au logement, de recherche d'emploi, de formation, de garde d'enfants, de transport et de défense des intérêts doivent également faire partie d'une trousse d'intervention en mesure de répondre à tous les besoins. (p. 118. traduction libre)

#### **4.2 Définir les prestations de services efficaces : différentes possibilités**

Comme nous l'avons vu dans les parties précédentes, la relation entre la violence familiale et les troubles concomitants est complexe et affectée par un certain nombre de facteurs. En raison de cette complexité, le traitement indépendant de tout aspect de la violence familiale, des troubles de la santé mentale ou d'une consommation abusive de substances psychoactives est nécessairement exacerbé par les autres facteurs concomitants. Des études ont effectivement révélé que le maintien en traitement et les résultats de celui-ci étaient moins bons chez les personnes présentant des troubles concomitants que chez les personnes ayant un seul trouble (Lipsky et coll., 2010).

##### ***Les différentes possibilités***

La thérapie cognitivo-comportementale est l'option la plus fréquemment suggérée en cas de violence familiale, et c'est aussi celle qui est la mieux soutenue empiriquement (Jones, 2008). La thérapie familiale comportementale donne également de bons résultats chez les femmes exposées à une violence familiale et présentant des troubles concomitants, comme des troubles du comportement et une négligence envers les enfants (Donahue et coll., 2010; Romero, Donohue et Allen, 2010). La thérapie familiale comportementale implique l'utilisation parallèle de plusieurs approches thérapeutiques, par exemple « l'organisation des contingences, la maîtrise de soi, le contrôle du stimulus, des exercices d'entraînement à la communication et à la prise en charge des enfants, ainsi que des volets relatifs à la gestion financière » (Romero et coll., 2010, p. 287. Traduction libre). D'après les résultats obtenus, ces méthodes réduisent les problèmes de violence familiale et les troubles liés à l'abus de substances psychoactives, et diminuent le risque de maltraitance vis-à-vis des enfants (Donahue et coll., 2010; Romero et coll., 2010).

Un certain nombre de modèles de prévention et de thérapie psychosociale ont été élaborés pour lutter contre les troubles mentaux concomitants (notamment le TSPM) et les problèmes d'abus de

substances psychoactives chez les victimes de violence conjugale<sup>9</sup>. Ces modèles ont été étudiés par des publications spécialisées, mais il existe trop peu de travaux empiriques démontrant leur efficacité (Najavits, 2009). D'après Najavits (2009), « il est essentiel d'aller au-delà des modèles » pour améliorer l'efficacité des traitements proposés aux femmes exposées à une violence familiale et à des troubles concomitants (p. 295. Traduction libre). L'auteure avance qu'une intervention efficace doit tenir compte des enjeux liés aux effectifs, de l'existence d'un financement pour ces services et de la culture au sein de laquelle fonctionnent les systèmes thérapeutiques.

La littérature suggère très largement que l'intégration des approches thérapeutiques visant les personnes atteintes d'une combinaison de troubles est nécessaire, et plus efficace que le traitement de chaque problème de façon isolée (traumatisme lié à la violence familiale, abus de substances psychoactives ou troubles mentaux). Bien que la nature des troubles concomitants soit encore étudiée et discutée par la littérature spécialisée dans la violence familiale, un thème émerge nettement, à savoir l'idée que pour être utile et efficace, l'approche de traitement doit être intégrée (Jordan, 2009a; Krug et coll., 2002; Lipsky et coll., 2010; Najavits, 2009; Rodriguez et coll., 2009). D'après Jordan, les services axés sur la violence familiale et les troubles concomitants :

doivent intégrer pleinement les différences et caractéristiques biopsychosociales de l'expérience de maltraitance au niveau individuel et, pareillement, intégrer des facteurs contextuels tels que la pauvreté, la marginalisation et l'oppression à un niveau plus général. Ils doivent reconnaître l'interdépendance des facteurs psychologiques, socioculturels et biologiques et leur rôle de médiateurs entre la victimisation et la santé mentale (p. 196. Traduction libre).

Les études qui évaluent les approches intégrées font état de résultats positifs. On constate que les approches thérapeutiques intégrées et informées sur les facteurs liés au traumatisme améliorent les pronostics sur le plan de la santé mentale et de l'abus de substances psychoactives chez les femmes présentant des troubles concomitants et ayant été exposées à une violence familiale (Lipsky et coll., 2010).

Depuis quelques années déjà, on a reconnu qu'une approche plus intégrée de la prestation de services et des traitements était nécessaire; ce besoin a été identifié par des études remontant au début des années 1990 (Cocozza et coll., 2005). Toutefois, les recherches évaluant les résultats des différentes stratégies intégrées n'ont pas toujours donné des résultats cohérents. D'après Cocozza et coll. (2005), les actions menées au niveau des systèmes sont « déconnectées » des résultats cliniques. Par « actions au niveau des systèmes », on entend les actions intégrant les systèmes de prestation de services à un niveau administratif, au sein duquel les organismes collaborent, mettent en commun des ressources et de l'information et échangent sur leurs clients en vue de mieux répondre aux besoins des personnes nécessitant des thérapies multiples. À l'inverse, les actions visant à intégrer les services font état de résultats plus concluants. Ces actions sont des stratégies qui visent à intégrer la prestation de services en privilégiant une

---

<sup>9</sup> Ces modèles incluent des programmes tels que “Seeking Safety”, “Concurrent Treatment of PTSD and Cocaine Dependence”, “Trauma Recovery and Empowerment”, “Substance Dependence-PTSD Theory”, “Collaborative Care” et “Video Intervention” (Najavits, 2009).

approche « ascendante », au sein de laquelle des services virtuellement intégrés sont créés pour les clients et au niveau du client<sup>10</sup>, sans tenir compte de l'intégration de systèmes de plus grande envergure. Il est permis de penser que l'intégration des services constitue une approche susceptible de mieux répondre aux besoins individuels de chaque client qu'une approche uniquement focalisée sur l'intégration des systèmes (Cocozza et coll., 2005).

Outre son plaidoyer en faveur d'une approche intégrée de la prestation de services, la littérature met en exergue un certain nombre d'éléments à prendre en compte pour atteindre ce but. Elle formule notamment les recommandations suivantes :

- ▶ Les travailleurs et les organismes amenés à aborder et à traiter la violence familiale, l'abus de substances psychoactives et les troubles de la santé mentale devraient être conscients des facteurs culturels associés à la violence familiale et aux troubles concomitants, et devraient recevoir une formation de façon à répondre de façon appropriée sur le plan culturel. Outre le fait de comprendre les différences culturelles, les professionnels devraient également accepter les « orientations de valeurs » propres aux différentes cultures pour réussir à instaurer la confiance nécessaire entre les victimes et les fournisseurs de services de façon à garantir la réussite de leur traitement. Cela est particulièrement vrai dans le cas des populations autochtones, qui ont plus de raisons de se méfier de l'aide proposée hors de la communauté (Jones, 2008, p. 117).
- ▶ Les facteurs culturels, les mentalités, les stigmates et les pratiques qui peuvent susciter ou aggraver des situations de violence pour certaines femmes peuvent nécessiter des programmes d'éducation communautaire visant à faire évoluer les convictions contre-productives ou destructives quant à la façon d'aborder la violence conjugale, la santé mentale et les problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme (Jones, 2008, p. 116; Rodriguez et coll., 2009).
- ▶ Pour faire face aux besoins des communautés isolées, plusieurs éléments sont nécessaires : « action sociale, interventions d'urgence, interventions en situation de crise et accès en tout temps » (Jones, 2008, p. 118. Traduction libre).
- ▶ Les services de perfectionnement professionnel peuvent constituer une stratégie axée à la fois sur la prévention et sur l'aptitude à faire face aux difficultés, en vue de « traiter » la violence familiale et les troubles concomitants en s'attaquant aux effets concomitants et aux obstacles au traitement induits par la pauvreté (Jones, 2008; Krug et coll., 2002).
- ▶ Les services de garde d'enfants peuvent être nécessaires pour éliminer les obstacles à l'accès aux services, puisqu'ils permettent aux femmes ayant des enfants à charge de se renseigner sur les services disponibles et d'y avoir recours (Jones, 2008).
- ▶ Le traitement spécifique au genre est nécessaire au vu des différences entre hommes et femmes quant aux enjeux et aux expériences relatives aux troubles concomitants, et aux différences en ce qui concerne la réussite du traitement (Lipsky et coll., 2010).

---

<sup>10</sup> Dans le cadre de « l'intégration de services » (par opposition à « l'intégration de systèmes »), les services sont intégrés au niveau du client, mais les relations entre les organismes ne changent pas nécessairement (Cocozza et coll., 2005).

- ▶ Il est également nécessaire de mettre en place des mécanismes visant à garantir la confidentialité et la protection des données personnelles, afin d'éliminer les obstacles dus à la crainte (par exemple, la crainte de l'expulsion du pays) (Rodriguez et coll., 2009).
- ▶ Outre la nécessité d'intégrer les traitements pour abus de substances psychoactives et troubles de la santé mentale aux services proposés aux victimes de violence familiale, il est impératif d'intégrer les services médicaux, juridiques et sociaux dont les victimes peuvent également avoir besoin (Krug et coll., 2002).
- ▶ Il est nécessaire d'accentuer la collaboration entre les différents organismes communautaires et les centres médicaux offrant une vaste palette de soutiens médicaux, juridiques et sociaux pour que les femmes exposées à la violence familiale, atteintes de troubles de la santé mentale ou abusant de substances psychoactives soient orientées vers les canaux de soins appropriés à leurs besoins en matière de services (Rodriguez et coll., 2009).
- ▶ Il est essentiel de prévoir des formations polyvalentes pour professionnels afin que les professionnels de la santé qui traitent des troubles mentaux ou des problèmes de toxicomanie/d'alcoolisme soient informés sur les facteurs liés au traumatisme, et que les fournisseurs de services luttant contre la violence familiale soient conscients de la variété des troubles et des problèmes auxquels les victimes risquent de faire face (Moses et coll., 2003).

Il est important que les programmes thérapeutiques prennent en compte les facteurs sociodémographiques, étant donné l'impact que des facteurs tels que la pauvreté et la barrière de la langue peuvent avoir sur la faculté des personnes à gérer leur situation, sans compter leurs répercussions sur les besoins en matière de services et la réussite du traitement.

## 5.0 Pratiques exemplaires

Outre le fait de reconnaître la nécessité d'approches thérapeutiques intégrées, la littérature reconnaît également qu'à l'heure actuelle, il existe peu de programmes de ce type. D'après Lipsky et coll. (2010), « même si les programmes qui intègrent des thérapies visant les troubles de santé mentale et l'abus de substances psychoactives se sont avérés efficaces pour les personnes atteintes de [troubles concomitants], il y a une carence de programmes intégrés » (p. 231. Traduction libre). Toutefois, il existe certains programmes qui visent à répondre aux besoins spécifiques des femmes victimes de violence familiale et atteintes de troubles concomitants en adoptant une approche intégrée de la prestation de services. Cette partie évoque plusieurs de ces programmes.

### 5.1 Étude sur les femmes, les troubles concomitants et la violence

L'étude WCDVQ (pour « Women, Co-Occurring Disorders, and Violence Study ») fournit un excellent point de départ pour une analyse axée sur les « pratiques exemplaires ».

#### Contexte

En 1998, la SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), une administration américaine, lance une étude portant sur les femmes alcooliques, toxicomanes ou atteintes de troubles psychiatriques ayant été exposées à une violence familiale. Cette étude est intitulée « Women, Co-Occurring Disorders and Violence Study » (WCDVS). Cette étude a été imaginée pour pallier « l'absence significative de services appropriés destinés aux femmes présentant des troubles alcooliques, toxicomanes et psychologiques associés à de mauvais traitements » (Moses, Huntington et D'Ambrosio, 2004, p. 1. Traduction libre). Cette initiative est partie du constat suivant : « les femmes présentant ces troubles et ayant vécu ces expériences risquent d'avoir des difficultés plus graves et d'utiliser les services concernés plus fréquemment que les femmes qui présentent uniquement l'un de ces problèmes », mais aussi du fait que les questions liées à la santé mentale, à l'abus de substances psychoactives et à un traumatisme étaient souvent traitées par des systèmes de services distincts, « avec différentes philosophies sur le plan thérapeutique, différents critères d'admissibilité et différentes procédures de fonctionnement, qui travaillent de façon isolée et ne sont pas bien coordonnés » (SAMHSA, 2003. Traduction libre).

Comme on l'a vu dans l'analyse de la littérature étudiant la violence familiale et les troubles concomitants, il est généralement admis que le système des services aurait grand besoin d'approches et de programmes intégrés permettant de repérer et, parallèlement, de satisfaire les besoins des femmes victimes de violence familiale et présentant des troubles de la santé mentale et abusant de substances psychoactives. L'étude WCDVS a fait figure de projet très innovant quant à cette approche. Selon Moses, Huntington et D'Ambrosio (2004), l'étude WCDVS « fut la première initiative multi-site de grande envergure visant à mettre en place et à évaluer rigoureusement des services complets et intégrés pour les femmes ayant vécu un traumatisme et présentant des troubles mentaux ainsi qu'un abus de substances psychoactives ». Elle représentait « une phase critique dans l'amélioration des services et des systèmes destinés aux femmes » (pages 1 et 2. Traduction libre). Cette étude était axée sur l'intégration au niveau des services, par opposition à l'intégration au niveau des systèmes (Cocozza et coll., 2005).

D'une durée de cinq ans, l'étude WCDVS a permis d'établir neuf programmes de prestation de services intégrés conçus pour fournir des services à cette population de femmes (Moses et coll., 2004). Consciente des besoins des enfants de ces femmes, la SAMHSA a lancé l'étude « The Children's Subset Study » en 2000, soit deux ans après avoir initié l'étude WCDVS (SAMHSA, 2003).

L'étude WCDVS a mis un accent tout particulier sur l'évaluation, en procédant à une documentation détaillée et à une analyse minutieuse des enseignements tirés. Ce faisant, elle visait à créer des connaissances empiriques sur le développement et l'efficacité de nouvelles approches de services, des connaissances qui pourraient ensuite être mises en application pour aider d'autres communautés tentant de fournir des services intégrés aux femmes ayant des troubles concomitants et des antécédents de violence familiale (Cocozza et coll., 2005; Lipsky et coll., 2010; Moses et coll., 2004).

### ***L'étude***

La mise en œuvre de cette étude s'est déroulée en deux phases. La première phase était une phase de planification de deux ans. Elle impliquait la mise en place d'ententes entre quatorze sites

« représentant des fournisseurs de services en santé mentale et d'aide aux toxicomanes pour des patients de jour ou hospitalisés, des hôpitaux, des établissements pénitentiaires, des bureaux de santé publique, des universités et d'autres groupes communautaires » qui travailleraient de concert pour établir un cadre régissant les interventions en matière de services intégrés; une stratégie pour mettre en œuvre ce cadre et une méthodologie pour une évaluation croisée des résultats afin de faire une comparaison entre les personnes recevant ces services et celles recevant des soins ou des services usuels (Moses et coll., 2004; SAMHSA, 2003). Un centre de coordination a également été créé pour synchroniser les efforts de ces sites (SAMHSA, 2003).

Au cours de la deuxième phase, neuf des quatorze sites évoqués dans la première phase ont mis en œuvre la stratégie. Grâce au soutien de la SAMHSA, ces sites, ou organismes, ont été chargés de fournir un ensemble de services de base complets et de mettre au point des stratégies en vue d'intégrer ces services (Moses et coll., 2004). Les sites étaient tenus d'axer les interventions qu'ils comptaient mettre en place sur un certain nombre de caractéristiques clés : Ils devaient :

- ▶ Fournir une gamme de services complète
- ▶ Procéder à l'intégration des services fournis (Cocozza et coll., 2005)
- ▶ Veiller à ce que tous les services soient informés sur les facteurs liés au traumatisme, spécifiques au genre, culturellement adaptés et spécialisés dans les situations de traumatisme (SAMHSA, 2003)
- ▶ S'assurer que toutes les femmes ayant Survécu à une violence familiale, étant Traitées pour des troubles concomitants et Utilisant ces services (« femmes STU » (CSR en anglais)) participent à chaque étape de la mise en œuvre (Cocozza et coll., 2005; Moses et coll., 2004).

La conception des services s'appuyait sur le cadre décrit dans la première phase (SAMHSA, 2003). Outre la prestation de services thérapeutiques sur le plan de la santé mentale et de l'abus de substances psychoactives, ce cadre imposait également à tous les sites de fournir une gamme complète de services complémentaires, par exemple :

- ▶ Action sociale et implication
- ▶ Dépistage et évaluation
- ▶ Activités thérapeutiques
- ▶ Compétences parentales
- ▶ Coordination des ressources et défense des intérêts
- ▶ Intervention en situation de crise
- ▶ Services dispensés par des pairs (Cocozza et coll., 2005; SAMHSA, 2003)

### ***Résultats et enseignements tirés***

Une série d'évaluations a été menée en vue de mesurer les résultats obtenus dans le cadre de l'étude WCDVS s'agissant de la conception du programme WCDVS (McHugo et coll., 2005); des coûts de l'approche intégrée et informée sur les facteurs liés au traumatisme par rapport aux coûts d'une approche privilégiant les soins usuels (Domino et coll., 2005); des résultats de l'étude pour les femmes après six mois de traitement par le biais des interventions du programme (Cocozza et coll., 2005); et enfin des enseignements tirés tout au long de la mise en œuvre du programme WCDVS (Moses et coll., 2004).

Quant à la conception de l'initiative WCDVS, McHugo et coll. (2005) indiquent que cette initiative a rencontré de nombreuses difficultés sur le plan de la conception et de la mise en œuvre. Même si l'initiative WCDVS précisait un certain nombre de services et d'éléments clés à inclure dans les interventions élaborées et offertes par chaque site, ces sites pouvaient fournir ces éléments en adoptant l'un des quatre modèles de services mis à leur disposition<sup>11</sup>. De plus, les participantes n'étaient pas rattachées de façon aléatoire aux interventions WCDVS ou au groupe de contrôle des participantes recevant des soins usuels. Ces facteurs compliquent la comparaison des résultats obtenus dans le cadre de l'initiative WCDVS et ceux obtenus dans le cadre des programmes de soins usuels. McHugo et coll. soulignent cependant que ces difficultés étaient contrebalancées par la réplification des modèles sur plusieurs sites; « bien que l'étude quasi expérimentale de chaque site voie sa validité inférentielle menacée, l'étude multi-site, du fait de la réplification, offre la possibilité d'aborder des questions plus vastes quant à l'efficacité de l'intervention » (2005, p. 104. Traduction libre). Domino, Morrissey, Nadlicki-Patterson et Chung (2005) ont relevé qu'à l'issue de la période de lancement, les coûts des services intégrés proposés par l'intermédiaire de l'initiative WCDVS ne différaient pas de façon notable des services fournis par le biais des programmes de soins usuels.

Cocozza et coll. (2005) ont procédé à une évaluation des résultats en vue d'analyser l'impact de l'approche WCDVS en matière de prestation de services, telle que mise en œuvre par les neuf sites. Leur évaluation examinait les résultats du programme en comparant un échantillon de 2 006 femmes traitées par des interventions WCDVS avec 983 femmes (présentant les mêmes problèmes) dans un « cadre de soins usuels » en vue de repérer les différences entre les résultats obtenus par les femmes faisant appel au système de services intégrés du programme WCDVS et ceux obtenus par les femmes suivant des soins usuels. Cette étude visait également à déterminer si les résultats variaient selon les sites et, le cas échéant, si ces variations pouvaient s'expliquer par des différences entre les caractéristiques clés des programmes (p. 110).

L'étude a constaté que les femmes placées dans un cadre interventionnel privilégiant l'approche WCDVS (complète, informée sur les facteurs liés au traumatisme et axée sur les femmes STU) ont fait des progrès plus importants que celles qui suivaient un programme de soins usuels. En particulier, la gravité du TSPM et de la toxicomanie s'est considérablement atténuée chez les femmes suivant le programme WCDVS. Sur le plan de la santé mentale, les femmes traitées sur les sites WCDVS ont également obtenu de meilleurs résultats (même s'ils ne sont statistiquement pas significatifs) (Cocozza et coll., 2005).

Toutefois, puisque les sites mettaient différemment en œuvre les caractéristiques nécessaires et qu'ils employaient des approches différentes, tous les sites n'ont pas obtenu des effets similaires. Dans leur étude, Cocozza et coll. (2005) ont remarqué que le counseling intégré avait un impact significatif sur les bons résultats observés, et ils concluent que « les effets des interventions sont conditionnés par la prestation d'un counseling intégré aux femmes qui présentent des troubles concomitants associés à des antécédents de maltraitance » (p. 117. Traduction libre). Le « counseling intégré » fait référence à une approche de counseling qui intègre les trois aspects

---

<sup>11</sup> Les modèles employés par ces sites comprenaient le modèle TREM (Trauma Recovery and Empowerment Model), le programme Seeking Safety, le modèle Addiction and Trauma Recovery et un modèle combinant ces trois approches (modèle Triad Group).

thérapeutiques clés, à savoir la violence familiale, les troubles de la santé mentale et l'abus de substances psychoactives. Coccozza et coll. suggèrent que le counseling intégré est une stratégie « ascendante » efficace qui intègre les services au niveau du patient, un constat qui « semble concorder avec les études émergentes suggérant que les services intégrés au niveau du client ont un impact positif sur les personnes qui présentent à la fois des troubles de la santé mentale et des problèmes liés à l'abus de substances psychoactives » (p. 118. Traduction libre).

Moses et coll. (2004) ont évalué les résultats immédiats du programme WCDVS. Ce faisant, ils ont fait le point sur les difficultés rencontrées ainsi que sur les enseignements tirés par les neuf sites qui ont mis en place les services précédemment évoqués.

L'un des défis soulignés par les sites est la difficulté de réunir plusieurs parties prenantes autour d'une vision commune du projet. Certains sites étaient d'avis qu'il était difficile d'obtenir et de conserver l'adhésion de partenaires ayant des points de vue idéologiques divergents (sur des sujets comme la santé mentale, l'abus de substances psychoactives, la violence, les personnes ayant besoin de services et la recherche). Cette expérience prouve qu'il est essentiel d'instaurer un processus de planification collaboratif et ouvert pour parvenir à un consensus entre les partenaires (Moses et coll., 2004)

D'après les sites, une intégration des services réussie ne peut pas se limiter à l'intégration des services liés à la santé mentale, à l'abus de substances psychoactives et au traumatisme. Le droit pénal, la santé, les services de protection de l'enfance, l'aide sociale et d'autres types de services doivent également entrer dans l'équation. Pour y parvenir, les sites ont eu recours à des groupes de planification entre les organismes pour faciliter la collaboration entre toutes ces « frontières organisationnelles »<sup>12</sup> (Moses et coll., 2004).

En ce qui concerne les besoins d'intégration clinique, les sites ont estimé que la « coanimation » constituait une stratégie efficace pour améliorer l'intégration au niveau des services comme au niveau des systèmes (Moses et coll., 2004, p. 3). Sur de nombreux sites, des groupes spécifiquement axés sur le traumatisme ont été coanimés par des cliniciens issus de différents organismes et vice-versa. La coanimation faisait parfois intervenir une femme STU. Cette pratique a contribué à l'efficacité de l'intégration des services, et a permis de rendre les prestations et les prestataires de services mieux informés sur les facteurs liés au traumatisme et plus réactifs vis-à-vis des femmes ayant des traumatismes liés à la violence familiale<sup>13</sup>.

Un autre enjeu mentionné par les sites concernait la difficulté à convaincre les femmes de poursuivre leur traitement. Bon nombre de femmes trouvaient que les interventions et les groupes proposés par les sites étaient « délicats sur le plan logistique et psychologique » (Moses et coll., 2004, p. 3. Traduction libre). Pour résoudre ce problème, les sites ont élaboré des stratégies pour aider ces femmes à gérer les facteurs dissuasifs, tels que le transport et les difficultés liées à la garde des enfants. Ces stratégies incluaient une aide pour la garde des

---

<sup>12</sup> Cet aspect correspond aux besoins et aux obstacles identifiés par les publications spécialisées s'agissant de la pauvreté, des systèmes de justice pénale, etc.

<sup>13</sup> Cet aspect correspond à un autre point identifié par les publications spécialisées : les traitements des troubles concomitants doivent connaître les facteurs liés au traumatisme pour être efficaces vis-à-vis des femmes ayant subi une violence familiale.

enfants, pour le transport et pour les besoins élémentaires (logement, nourriture et soutien du revenu), et la localisation des groupes à des emplacements géographiquement pratiques. Les sites ont également indiqué que la prestation de services par l'intermédiaire des groupes (p. ex. des groupes axés sur le traumatisme, l'art d'être parent et l'entraide entre pairs) donnait aux femmes le sentiment d'être « dans un endroit sûr », au sein d'une atmosphère solidaire permettant de construire des relations les incitant à continuer à participer et promouvant la guérison (Moses et coll., 2004).

Les sites ont également reconnu que les femmes continuaient à avoir besoin de services et de soutien, même après être sorties des groupes d'intervention en matière de traumatisme. Pour répondre à ce besoin, les sites ont mis en place toute une gamme de services de suivi sous la forme de groupes d'entraide animés par des pairs (Moses et coll., 2004)<sup>14</sup>.

En outre, les sites ont indiqué que la participation des femmes STU à tous les aspects du projet avait eu un effet bénéfique important sur celui-ci, et que la contribution de ces femmes était essentielle pour rendre les services (les services existants comme les nouveaux services) plus sensibles et plus conformes aux besoins des personnes ayant survécu à une situation de violence familiale. Les sites ont néanmoins eu quelques difficultés à intégrer les contributions de ces femmes. L'un des principaux enjeux réside dans le fait qu'il faut du temps pour gagner la confiance de ces femmes, construire une relation avec elles et les former. Les sites s'accordent à dire qu'ils « auraient pu tirer profit d'une période de planification plus longue, ainsi que d'une meilleure concertation sur le plan de la formation et des activités de soutien », car cela aurait permis d'impliquer davantage ces femmes, et de les impliquer plus efficacement (Moses et coll., p. 2004, p. 4. Traduction libre).

Enfin, tous les sites ont rapporté que « la formation interdisciplinaire est essentielle pour que le personnel puisse se familiariser avec les théories et les concepts liés à la santé mentale, à l'abus de substances psychoactives et au traumatisme » en vue d'améliorer l'intégration des services, des programmes et des systèmes (Moses et coll., p. 2004, p. 4. Traduction libre). Toutes les personnes impliquées ont dû suivre une formation, y compris les décideurs, les administrateurs du programme et les prestataires de services. Une formation continue a également dû être dispensée pour qu'à chaque étape de la mise en œuvre, des renseignements et des formations soient fournis en fonction des besoins de chacun. Le fait que des formations soient proposées tout au long de la mise en œuvre du projet a également contribué à la création de liens entre les programmes impliqués dans l'initiative WCDVS (Moses et coll., 2004, p. 4).

## 5.2 Les pratiques exemplaires canadiennes

Il semble qu'au Canada, l'émergence de systèmes de soins intégrés soit un phénomène relativement plus récent. Au début des années 2000, Santé Canada a commandé une étude sur les pratiques exemplaires relatives à l'intégration au niveau systémique des services pour les troubles concomitants. Cependant, cette étude ne porte pas spécifiquement sur la relation entre la violence familiale et les troubles concomitants (Santé Canada, 2002).

<sup>14</sup> De la sorte, le programme WCDVS répond aux besoins mis en évidence par la littérature en fournissant un soutien et un traitement à long terme à cette population.

Au Canada, les prestataires de services sont de plus en plus conscients que l'intégration des services est une nécessité. Ils ne semblent toutefois pas nombreux à avoir atteint le même stade que le programme WCDVS en ce qui concerne la mise en œuvre d'une approche axée spécifiquement sur le traumatisme et intégrant des services en vue de prendre en compte les troubles concomitants. Un examen récent mené par la BC Society of Transition Houses a montré qu'au Canada, trop peu d'études portaient sur les liens entre la violence conjugale envers les femmes et les problèmes liés à l'abus de substances psychoactives et aux troubles de la santé mentale (BCSTH, 2011). Cet examen faisait le point sur les tendances émergentes ainsi que sur l'environnement des services destinés aux femmes exposées à la violence et présentant des problèmes mentaux et une toxicomanie/un alcoolisme. Une étude similaire impliquant des consultations avec des prestataires de services de Colombie-Britannique a révélé que « peu d'organismes sont dotés des moyens de proposer les services nécessaires aux survivantes d'abus qui présentent parallèlement des problèmes mentaux ou liés à l'abus de substances psychoactives du fait de ces mauvais traitements » et que « les praticiens et les femmes touchées par ces problèmes observent que les modèles de services intersectoriels, intégrés, collaboratifs et axés sur les femmes sont rares, et qu'il est fréquent que le personnel ne soit pas formé de façon adéquate » (Cory et coll., 2010, p. 3. Traduction libre).

Il est donc difficile de trouver des exemples concrets de prestataires de services proposant des programmes qui tentent de répondre aux besoins des femmes victimes de violence familiale présentant à la fois des troubles mentaux et des problèmes liés à un abus de substances psychoactives et qui font état de résultats positifs par le biais de rapports d'évaluation et d'études théoriques. Cela ne signifie pas que ces prestataires de services n'existent pas, mais simplement que nous ne disposons pas de preuves suffisantes pour pouvoir analyser avec précision les pratiques exemplaires canadiennes chez les prestataires de services de ce pays.

Même si au Canada, il existe des lacunes en matière de services pour les femmes victimes de violence familiale et atteintes de troubles concomitants, il faut rappeler qu'un certain nombre d'organismes s'emploient efficacement à conseiller les prestataires de services sur la meilleure façon de pallier ces insuffisances. Ainsi, en Colombie-Britannique et en Ontario, certaines initiatives font avancer les choses en élaborant des outils pour aider et guider les prestataires de services désireux de mettre en œuvre des stratégies intégrées en vue de répondre aux besoins complexes de ces femmes. Les deux parties qui suivent évoquent succinctement certaines des initiatives actuelles ainsi que les outils proposés (ou sur le point d'être proposés) aux prestataires de services dans ces provinces.

- **Colombie-Britannique : initiatives « *Building Bridges* », « *SHE Framework* » et « *Reducing Barriers* »**

« *Building Bridges : Linking Women Abuse, Substance Use and Mental Ill Health* »

Le programme WARP (« Woman Abuse Response Program »), un programme provincial du BC Women's Hospital and Health Centre, est un leader britanno-colombien dans le domaine de la santé féminine et de la violence faite aux femmes. En 2006, le WARP a lancé des consultations préliminaires et des forums d'information auprès de plus de mille collectivités, prestataires de services et intervenants aux quatre coins de la Colombie-Britannique. Ces consultations et ces forums visaient à réunir de l'information sur les services proposés en Colombie-Britannique et

sur leur adéquation aux besoins des femmes victimes de violence et présentant des problèmes liés à un abus de substances psychoactives et/ou à des troubles mentaux. Ainsi est née l'initiative *Building Bridges : Linking Women Abuse, Substance Use and Mental Ill Health* (ou initiative *Building Bridges*) (BCSTH, 2011; Cory et coll., 2010).

En 2008, le WARP a élargi la portée de sa mission grâce à des fonds octroyés par la Vancouver Foundation et par MOMentum. Le WARP a mené des consultations dans toute la Colombie-Britannique auprès de plus de 460 fournisseurs de services et leaders politiques (représentant les secteurs de la santé mentale, de la lutte contre la toxicomanie/l'alcoolisme et de la lutte contre la violence dans plus de 82 collectivités). Il a aussi dirigé 15 groupes de concertation avec une centaine de femmes concernées par la violence, l'abus de substances psychoactives et les troubles de la santé mentale en vue d'évoquer les liens entre ces trois troubles concomitants et leur expérience quant à l'accès aux services (Cory et coll., 2010). Ce projet découle d'un constat : les services dispensés à ces femmes ne reflètent pas leurs besoins. Le projet a permis d'élaborer un cadre provincial visant à conseiller les prestataires de services sur les différents moyens permettant d'intégrer ces trois problématiques. Le cadre provincial a vocation à « renseigner les politiques, les financements et la planification de programmes en vue de la prestation des services qui épaulent les femmes confrontées à ces trois problèmes » (BCSTH, 2011. Traduction libre).

Ce cadre provincial est en cours d'élaboration. Les représentants du WARP estiment qu'il sera terminé d'ici à la fin de l'été 2011 (entretien avec un informateur-clé).

L'initiative *Building Bridges* a également débouché sur la création d'un autre programme, *Making Connections*, qui favorise la création de groupes d'entraide destinés aux femmes concernées par la violence, les problèmes de santé mentale et/ou l'abus de substances psychoactives. Voici les principaux constats qui ressortent des consultations menées au cours de l'initiative *Building Bridges* : 1) Les femmes qui vivent dans un contexte de violence familiale et qui présentent des troubles concomitants veulent un meilleur accès aux groupes d'entraide de femmes (puisque ces groupes les aident à s'en sortir en réduisant leur sentiment d'isolement) et 2) ces femmes ont besoin d'une meilleure intégration entre les services. À la lumière de ces constats, le WARP a proposé le projet *Making Connections*, qui a mis au point un curriculum relatif à la création de groupes d'entraide intégrés et présentant peu d'obstacles pour les femmes exposées à une violence familiale et atteintes de troubles concomitants.

Le programme *Making Connections* a deux grands objectifs :

1. Fournir de l'aide aux femmes victimes de mauvais traitements, atteintes de troubles mentaux et de problèmes liés à l'abus de substances psychoactives, et ce, par le biais de dispositifs faciles d'accès : counseling, groupes d'entraide et manuel d'autoassistance.
2. Aider les fournisseurs de services intervenant dans les domaines de la santé mentale, de l'abus de substances psychoactives et de la lutte contre la violence à coanimer ces groupes d'entraide et de counseling en leur proposant des formations complètes, un soutien clinique en continu et des ressources à jour (entretien avec un informateur-clé).

Ce curriculum pilote est actuellement testé par six organismes dans des collectivités britanno-

colombiennes. Cette étape devrait être achevée d'ici à juillet 2011. Le curriculum sera ensuite réétudié et finalisé en fonction de l'expérience des organismes ayant participé à la phase pilote. Les progrès sont suivis tout au long de la phase pilote, et une évaluation sera menée au terme de cette phase (entretiens avec des informateurs-clés).

#### *Cadre stratégique et trousse à outils Safety and Health Enhancement (SHE) Framework and Toolkit*

Le cadre stratégique et la trousse à outils SHE (*Safety and Health Enhancement*) sont conçus pour aider les décideurs, les planificateurs et les fournisseurs de services liés à la santé à prendre conscience des complexités associées à la violence conjugale contre les femmes et pour améliorer leur capacité à répondre aux besoins des femmes victimes de cette violence. Le cadre stratégique et la trousse à outils SHE permettent aux fournisseurs de services de procéder à des vérifications sur leurs pratiques et leur approche de la prestation de services, de collaborer avec d'autres intervenants et d'élaborer un plan d'amélioration des services axé sur la sécurité et la santé des femmes. Ils reconnaissent les liens entre la violence familiale, les troubles concomitants et d'autres facteurs intervenant dans la violence familiale et compliquant les résultats des traitements (tels qu'identifiés dans les parties précédentes de la présente analyse), et aident les intervenants/les professionnels de la santé à repérer ces liens ainsi que les obstacles en matière de traitement (Cory et Decheif, 2007).

Le cadre inclut deux modèles. Le modèle *Compounding Harms* illustre les risques et les difficultés qui attendent une femme essayant de naviguer au sein des nombreux niveaux du système de santé. Le modèle *Safety and Health Enhancement* montre comment ces risques et fardeaux systémiques peuvent être atténués, et comment les services de santé peuvent être réorganisés pour que les femmes soient épaulées (et non accablées) par les niveaux de ce système. Une fois que les fournisseurs de soins, les planificateurs et les partenaires communautaires auront revu les modèles, la trousse à outils les aidera à identifier les dommages cumulatifs concernant les femmes qui font appel à leur domaine d'intervention, de sorte qu'ils puissent améliorer leur sécurité et leur santé (Cory et Decheif, 2007).

La mise en œuvre du processus SHE suit un certain nombre d'étapes. Tout d'abord, les organismes qui souhaitent passer par ce processus doivent constituer une équipe de praticiens qui sera guidée par une femme ayant été victime de mauvais traitements. Cette équipe utilisera les modèles SHE ainsi qu'une étude fondée sur les éléments probants afin de procéder à un examen approfondi de leur cadre de soins, en mettant en évidence les dommages cumulatifs et les risques que ces dommages créent pour les femmes faisant appel aux services proposés. En s'appuyant sur les modèles et la trousse à outils, l'équipe élabore ensuite un plan d'action (*Safety and Health Enhancement Action Plan*) pour s'attaquer aux risques et aux dommages identifiés, et met en œuvre des stratégies et des activités à court et long terme pour atteindre les objectifs définis par le plan d'action (Cory et Decheif, 2007).

Le cadre stratégique et la trousse à outils ont fait l'objet d'un test pilote dans une collectivité, et le test s'est révélé concluant. Le WARP propose des formations communautaires ayant trait à cette initiative, et un certain nombre de collectivités ont suivi ces formations et s'appêtent à passer à la mise en œuvre (entretien avec un informateur-clé).

### *Reducing Barriers to Support for Women Who Experience Violence*

*Reducing Barriers to Support for Women Who Experience Violence* (l'initiative *Reducing Barriers*) est un autre exemple de programme britanno-colombien conçu pour instaurer une approche plus coordonnée des services fournis aux femmes qui subissent des mauvais traitements et qui présentent des troubles mentaux ou des problèmes liés à l'abus de substances psychoactives. En 2008, la BC Society of Transition Houses (BCSTH) s'est vu octroyer un financement de Condition féminine Canada pour diriger ce projet, qui a vocation à « [mettre en place] une approche mieux coordonnée en matière de prestation de services pour les femmes qui fuient une situation de violence, sont atteintes à degrés divers de troubles mentaux ou de problèmes de toxicomanie/d'alcoolisme et font appel aux programmes *Transition House*, *Second Stage* et *Safe Home* en Colombie-Britannique et au Yukon » (BCSTH, 2011, p. 36. Traduction libre). La BCSTH s'est associée au WARP pour mener ce projet à bien (Haskell, 2010).

Le projet *Reducing Barriers* est guidé par un groupe de travail composé de femmes ayant vécu ces problèmes, et de représentants du secteur de la santé mentale et d'organismes luttant contre la violence et l'abus de substances psychoactives. À l'issue de consultations et d'une étude sur les pratiques les plus prometteuses au Canada et dans d'autres pays, ce projet s'est donné comme objectif de constituer une trousse à outils pour les programmes de logement de transition. Cette trousse contiendrait une liste de principes prometteurs ainsi qu'un ensemble de mesures pratiques que les organismes peuvent mettre en œuvre pour veiller à ce que leurs politiques, leurs procédures et leurs pratiques soutiennent les femmes qui quittent des situations violentes, et qui « présentent, à des degrés variables, des troubles de la santé mentale et des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme » (BCSTH, 2011, p. 36. Traduction libre).

Les pratiques prometteuses initiales mises en évidence dans le cadre du projet *Reducing Barriers* sont les suivantes :

- ▶ Le recours à des cadres et à des modèles de soins axés sur les femmes et la réduction des préjudices<sup>15</sup>
- ▶ Collaboration et intégration intersectorielles, avec des formations polyvalentes et un référencement
- ▶ Une approche souple et individualisée de la prestation de services qui autorise des variations sur le plan des pratiques en fonction des besoins des femmes bénéficiant des services (Haskell, 2010)

En Colombie-Britannique, six programmes de logement de transition testent une version pilote préliminaire des pratiques et des principes prometteurs, et un groupe de travail s'emploie actuellement à les passer en revue. La version préliminaire de ces principes

---

<sup>15</sup> Cet aspect implique d'aider les femmes à « découvrir les options qui leur sont offertes sans les juger », en respectant et en soutenant leurs décisions. Cette approche est importante pour les femmes qui ont fait l'objet d'une violence familiale; en effet, elle leur donne les moyens de reprendre le contrôle de leur corps et de leur vie – un contrôle qui leur échappe souvent quand elles sont victimes de mauvais traitements (Haskell, 2010, p.23. Traduction libre).

n'est pas encore accessible au grand public (entretien avec un informateur-clé). Le projet devrait être terminé d'ici à août 2011 (BCSTH, 2011).

- ***En Ontario : curriculum pour les praticiens de première ligne et le projet « Scarborough Access Centre » (modèle s'inspirant de l'initiative américaine Family Justice Center)***

La Direction générale de la condition féminine de l'Ontario a commandé à des experts de la violence familiale et des troubles concomitants un curriculum destiné aux praticiens de première ligne et portant sur la coexistence de problèmes de violence, de troubles mentaux et de problèmes d'abus de substances psychoactives chez les femmes. Le projet d'élaboration du curriculum approche de la fin de sa première année d'existence (entretien avec un informateur-clé).

Le projet a commencé par une phase de collecte de données. Il a également impliqué une analyse documentaire systématique, une analyse des pratiques exemplaires et l'exploration des programmes de formation proposés aux professionnels de ce domaine d'intervention. De plus, une série de tables rondes régionales (réunissant des représentants des organismes se consacrant à la santé mentale, à la lutte contre la violence familiale et à l'aide aux personnes toxicomanes ou alcooliques) ont été organisées en Ontario pour définir les besoins et les pratiques en matière de prestation de services (entretien avec un informateur-clé).

Un comité consultatif a été mis en place, qui réunit des représentants des femmes victimes de mauvais traitements et des experts des trois domaines d'intervention susmentionnés. En janvier, le comité consultatif s'est réuni pour élaborer un premier ensemble de compétences de base et pour délimiter le curriculum principal. Ces compétences ont été présentées lors de conférences et soumises à des experts en vue d'obtenir une rétroaction. Une fois que l'ébauche des compétences finales et du curriculum sera terminée, ces composantes seront mises à l'essai. Les dates de ce projet pilote n'ont pas encore été déterminées (entretien avec un informateur-clé).

L'information relative à cette initiative n'est pas disponible au public, que ce soit en ligne ou par le biais d'autres supports. Les résultats de cette initiative restent à voir.

*Projet Scarborough Access Centre (modèle s'inspirant de l'initiative américaine Family Justice Center)*

Le projet *Scarborough Access Centre* est une autre initiative actuellement menée en Ontario. Il s'agit d'une initiative collaborative réunissant plusieurs fournisseurs de services dans un certain nombre de domaines d'intervention. Elle vise à répondre aux différents besoins des femmes victimes de violence familiale et de problèmes connexes. Une fois établi, le centre accueillera les représentants d'organismes offrant des services de counseling, des services juridiques, des services policiers, des services d'hébergement et d'autres types de services nécessaires à ces femmes (SWC, 2010).

Conscient des difficultés rencontrées par les femmes quand elles essaient de trouver, parmi une multitude de services, ceux qui correspondent le mieux à leurs besoins, le centre veut être « un guichet unique pour les femmes qui risquent d'être maltraitées ou qui subissent

des maltraitances » (SWC, 2010). Les femmes pénétrant dans le centre passeront par un dispositif d'orientation; au cours d'une consultation initiale, leurs besoins seront évalués et elles seront orientées vers les services qui répondent à leurs besoins individuels. Puisque le centre accueillera les représentants de nombreux fournisseurs de services, ces femmes auront la possibilité de s'informer sur les différents organismes et options de services disponibles sans avoir à se déplacer ailleurs. Elles recevront une assistance afin de déterminer les options les plus appropriées, et elles n'auront pas à relater plusieurs fois leur expérience auprès de différents organismes (entretien avec un informateur-clé). Autre atout du centre : il s'agit d'une « occupation en commun » permettant de regrouper sous le même toit différents organismes proposant toute une gamme de services, ce qui facilitera la communication entre les prestataires de services ainsi qu'une meilleure intégration de leurs services (SWC, 2011; entretien avec un informateur-clé). Le projet *Scarborough Access Centre* devrait être lancé en 2011; toutefois, des modifications apportées à son financement peuvent retarder sa mise en œuvre. Les personnes impliquées dans ce projet ne peuvent pas se prononcer sur la date à laquelle ce centre sera opérationnel (entretien avec un informateur-clé).

Le projet *Scarborough Access Centre* s'inspire de l'initiative *Family Justice Center*, un modèle actuellement mis en œuvre à l'échelle des États-Unis. Cette initiative a été présentée par le président George W. Bush en octobre 2003. Elle vise à mettre en place des « centres de services à guichet unique, regroupant plusieurs services et disciplines sous un même toit à l'intention des victimes de violence familiale et de leurs enfants » ainsi qu'à « réduire le nombre d'endroits où les victimes de violence familiale, d'agression sexuelle et de violence à l'égard des aînés doivent se rendre pour bénéficier des services qui leur sont nécessaires » (département de la Justice des États-Unis, 2007, p. 1. Traduction libre).

Cette initiative s'inspire du modèle établi par le San Diego Family Justice Center. Ouvert en 2002, ce centre est le premier du genre et a été salué par de nombreux pays pour son approche complète des soutiens et des services fournis aux victimes de violence familiale (département de la Justice des États-Unis, 2007).

## 6.0 Conclusion

En passant en revue les publications universitaires et techniques parues sur la violence familiale et les troubles concomitants tels que l'abus de substances psychoactives et les troubles de la santé mentale, cette analyse documentaire met en exergue des constats majeurs sur la prévalence et la nature de ces troubles chez les femmes victimes de violence familiale. Elle souligne également les besoins en matière de services et les considérations thérapeutiques spécifiques à cette population et fait le point sur les pratiques exemplaires les plus efficaces en la matière.

Un certain nombre de points notables ressortent de cette analyse. Premièrement, la littérature indique que les troubles concomitants sont hautement prévalents chez les femmes victimes de violence familiale. Même si la sous-déclaration et le sous-diagnostic de la violence familiale, des troubles de la santé mentale et de l'abus de substances psychoactives posent certaines difficultés en ce qui concerne la précision du calcul de la prévalence, ces difficultés supposent que la prévalence réelle des troubles concomitants observés chez cette population est supérieure aux taux diagnostiqués et documentés. Le lien, chez les femmes, entre les troubles concomitants et la victimisation due à la violence familiale est probablement un problème bien plus important que ce que tendent à suggérer les données statistiques disponibles.

Deuxièmement, le lien entre la violence familiale et les troubles concomitants est complexe et affecté par d'autres facteurs externes. D'une part, la concomitance de plusieurs troubles complique les approches thérapeutiques; d'autre part, d'autres facteurs, comme la pauvreté ou les normes et différences culturelles ou ethniques, peuvent rendre la prestation de services encore plus complexe, en limitant l'accès aux services ou en compromettant leur efficacité.

Troisièmement, les chercheurs s'accordent à dire qu'il est nécessaire de mettre en place une approche intégrée en matière de prestation de services. Les services concernant les victimes de violence familiale, les personnes ayant des troubles mentaux et celles présentant des problèmes liés à l'abus de substances psychoactives doivent être intégrés et offerts de façon simultanée. En outre, d'autres éléments conditionnent l'efficacité des traitements proposés aux femmes victimes de violence familiale et atteintes de troubles concomitants. La littérature suggère que les approches de services intégrées devraient être spécifiques au genre, culturellement adaptées et informées sur les facteurs liés au traumatisme, et ce, dans tous leurs aspects. Par ailleurs, ces services devraient être intégrés à d'autres services (p. ex. des programmes d'aide à l'emploi et d'aide au revenu, des services juridiques) visant à éliminer les obstacles supplémentaires auxquels cette population peut être amenée à faire face.

Quatrièmement, le programme WCDVS constitue un bon exemple d'approche de prestation de services intégrée, complète et axée sur les besoins des femmes victimes de violence familiale et présentant des troubles concomitants. L'approche WCDVS, tout comme les résultats obtenus et les enseignements tirés, peut être envisagée comme un modèle valide et un bon point de départ pour les autres fournisseurs de services désireux d'intégrer plus étroitement leurs services et de mieux répondre aux besoins complexes de ces femmes.

Pour conclure, on a pu constater qu'on voit actuellement apparaître au Canada une tendance à

élaborer un certain nombre d'outils et d'initiatives conçus pour aider les fournisseurs de services à prendre conscience des liens entre la violence familiale et les troubles concomitants; à collaborer avec les intervenants et les praticiens issus de tous les domaines d'intervention connexes; et enfin à mettre en œuvre des stratégies en vue d'améliorer les soins offerts aux femmes qui vivent ces difficultés. Parmi les provinces qui font figure de chefs de file, on peut notamment citer la Colombie-Britannique (avec des initiatives telles que *Building Bridges*, *Reducing Barriers* et le cadre et la trousse à outils *SHE Framework and Toolkit*) et l'Ontario (élaboration en cours d'un curriculum destiné aux praticiens de première ligne sur la coexistence chez les femmes de mauvais traitements, d'abus de substances psychoactives et de troubles mentaux, et mise en œuvre d'un modèle s'inspirant de l'initiative américaine *Family Justice Center*). Ces initiatives n'en sont qu'à leur stade pilote : reste donc à voir quel sera leur impact sur la prestation de services destinés à ces femmes et sur les résultats obtenus. On notera toutefois que les experts estiment que ces initiatives canadiennes sont capables d'améliorer la prestation de services destinés aux femmes victimes de violence familiale et présentant des troubles concomitants.

## Références bibliographiques

- BCSTH. (2011). *Report on Violence Against Women, Mental Health and Substance Use*. Document obtenu le 29 mars 2011 sur [http://www.bcsth.ca/sites/default/files/BCSTH%20CWF%20Report\\_Final\\_2011.pdf](http://www.bcsth.ca/sites/default/files/BCSTH%20CWF%20Report_Final_2011.pdf).
- BC Women's Hospital & Health Centre. (2010). *Building Bridges*. Document obtenu le 28 mars 2011 sur <http://www.bcwomens.ca/Services/HealthServices/WomanAbuseResponse/Building+Bridges.htm>.
- Beeble M. L., Bybee D. et Sullivan C. M. (2010). The impact of resource constraints on the psychological well-being of survivors of intimate partner violence over time. *Journal of Community Psychology*, 38(8), 943–959.
- Campbell J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359(9314), 1331–1337.
- Fondation canadienne des femmes (FCF) (2011). *Fondation canadienne des femmes*. Document obtenu le 17 février 2011 sur [www.cdnwomen.org](http://www.cdnwomen.org).
- Cocozza J. J., Jackson E. W., Hennigan K., Morrissey J. P., Reed B. G., Falloot R. et Banks S. (2005). Outcomes for women with co-occurring disorders and trauma: Program-level effects. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(1) : 109–119. DOI :10.1016/j.jsat.2004.08.010
- Cory J. et Dechief L. (2007). *SHE Framework—Safety and health enhancement for women experiencing abuse: A toolkit for health care providers and planners*. Bibliothèque et Archives Canada, données de catalogage avant publication. ISBB 978-0-7726-5729-9. Document obtenu le 28 mars 2011 sur <http://www.whrn.ca/documents/aaSHEFramework.pdf>.
- Cory J., Godard L., Abi-Jaoude A. et Wallace L. (2010). *Building Bridges : Linking Women Abuse, Substance Use, and Mental Ill Health*. Document obtenu le 28 mars 2011 sur [http://www.bcwomens.ca/NR/rdonlyres/C1AA97BC-FAAB-40E9-972D-F377EE729080/45188/BB\\_summaryreport.pdf](http://www.bcwomens.ca/NR/rdonlyres/C1AA97BC-FAAB-40E9-972D-F377EE729080/45188/BB_summaryreport.pdf).
- Cunradi C. B. (2009). Substance abuse in intimate partner violence. In C. Mitchell (éditeur), *Intimate partner violence : A health-based perspective* (pp. 173–182). Document obtenu sur <http://books.google.ca/books?hl=en&lr=&id=OiljtU2zWHYC&oi=fnd&pg=PA133&dq=victims+of+domestic+violence+concurrent+disorders&ots=bGnK9y-ukd&sig=agGUEV-dFSAZOaUSRc9jp734xBc#v=onepage&q&f=false>.
- Domino M., Morrissey J. P., Nadlicki-Patterson T. et Chung S. (2005). Service costs for women with co-occurring disorders and trauma. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(2),

135–143.

- Donahue B. C., Romero V., Herdzyk K., Lapota H., Al R. A., Allen D. N., Van Hasselt V. B. et Azrin N. H. (2010). Concurrent treatment of substance abuse, child neglect, bipolar disorder, post-traumatic stress disorder, and domestic violence: A case examination involving family behavior therapy. *Clinical Case Studies*, 9(2), 106–124. Document obtenu sur <http://ccs.sagepub.com/content/9/2/106.full.pdf+html>.
- Friedman S. H. et Loue S. (2007). Incidence and prevalence of intimate partner violence by and against women with severe mental illness. *Journal of Women's Health*, 16(4), 471–480.
- Goodman L. A., Smyth K. F., Borges A. M. et Singer, R. (2009). When crises collide: How intimate partner violence and poverty intersect to shape women's mental health and coping? *Trauma, Violence & Abuse*, 10(4), 306–329. DOI : 10.1177/1524838009339754.
- Gregory A., Ramsay, J. Agnew-Davies, R. Baird, K. Devine, A. Dunne, D., Feder G. et coll. (2010). Primary care identification and referral to improve safety of women experiencing domestic violence (IRIS): Protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. *BioMed Central Public Health*, 10, 1–7.
- Haskell, R. (2010). *Reducing barriers to support: Discussion paper on violence against women, mental wellness and substance use*. Document obtenu le 29 mars 2011 sur [http://www.bcsth.ca/sites/default/files/ReducingBarriersDiscussionPaper\\_Final.pdf](http://www.bcsth.ca/sites/default/files/ReducingBarriersDiscussionPaper_Final.pdf).
- Santé Canada. (2002). *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. (N° de catalogue : H39-599/2001-2F). Préparé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale. ISBN : 0-662-86532-4. Document obtenu le 9 mars 2011 sur [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-adp/bp\\_disorder-mp\\_concomitants/bp\\_concurrent\\_mental\\_health-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-adp/bp_disorder-mp_concomitants/bp_concurrent_mental_health-fra.pdf).
- Jones L. (2008). The distinctive characteristics and needs of domestic victims in a Native American community. *Journal of Family Violence*, 23, 113–118. DOI : 10.1008/s10896-007-9132-9
- Jorden C. E. (2009a). Violence and women's mental health: the pain unequalled: A two-part special issue. [Introduction to the special issue : Part 1]. *Trauma, Violence & Abuse*, 10(3), 195–197. DOI : 10.1177/1524838009335016
- Jorden C. E. (2009b). Violence and women's mental health: the pain unequalled: A two-part special issue. [Introduction to the special issue : Part 2]. *Trauma, Violence & Abuse*, 10(4), 303–305. DOI : 10.1177/1524838009339753
- Kaslow N. J., Thompson M. P., Okun A., Price A., Young S., Bender, M., Parker, R. et coll. (2002). Risk and protective factors for suicidal behavior in abused African American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 311–319.
- Kass-Bartelmes, B. L. et Rutherford M. K. (2004). Women and domestic violence: Programs and tools that improve care for victims. *Research in Action*. 15. [N° de publication AHRQ :

- 04-0055]. Rockville (Maryland, États-Unis) : Agency for Healthcare Research and Quality. Document obtenu le 11 février 2011 sur [www.ahrq.gov/research/domviolria/domviolria.pdf](http://www.ahrq.gov/research/domviolria/domviolria.pdf).
- Krug E. G., Mercy J. A., Dahlberg L. L. et Zwi A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360, 1083–1088.
- Leiner A. S., Compton M. T., Houry D. et Kaslow N. J. (2008). Intimate partner violence, psychological distress, and suicidality: A path model using data from African American women seeking care in an emergency department. *Journal of Family Violence*, 23(6), 473–481. DOI : 10.1007/s10896-008-9174-7
- Lilly M. M. et Graham-Bermann S. A. (2009). Ethnicity and risk for symptoms of posttraumatic stress following intimate partner violence: Prevalence and predictors in European American and African American women. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(1), 3–19. DOI : 10.1177/0886260508314335
- Lipsky S., Krupski A., Roy-Byrne P., Lucenko B., Mancuso D. et Huber, A. (2010). Effect of co-occurring disorders and intimate partner violence on substance abuse treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 231–244. DOI : 10.1016/j.jsat.2009.12.005
- Martin S. L., Moracco K. E., Chang J. C., Council C. L. et Dulli L. S. (2008). Substance abuse issues among women in domestic violence programs: Findings from North Carolina. *Violence Against Women*, 14(9), 985–997. DOI : 10.1177/1077801208322103
- McHugo G. J., Kammerer N., Jackson E. W., Markoff L. S., Gatz M., Larson M. J., Mazelis R. et Hennigan, J. (2005). Women, Co-occurring Disorders, and Violence Study: Evaluation design study and population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(2), 91–107.
- Najavits L. M. (2009). Psychotherapies for trauma and substance abuse in women: Review and policy implications. *Trauma, Violence & Abuse*, 10(3), 290–298.
- Najavits L. M., Sullivan T. P., Schmitz M., Weiss R. D. et Lee C. S. (2004). Treatment utilization by women with PTSD and substance dependence. *American Journal on Addictions*, 13, 215–224.
- Najavits L. M., Sonn J., Wals, M. et Weiss R. D. (2004). Domestic violence in women with PTSD and substance abuse. *Addictive Behaviours*, 29, 707–715.
- Moses D. J., Reed B. G., Mazelis R. et D'Ambrosio B. (2003). Creating trauma services for women with co-occurring disorders: experiences from the SAMHSA women with alcohol, drug abuse and mental health disorders who have histories of violence study. Document obtenu le 23 février 2011 sur <http://www.prainc.com/wcdvs/pdfs/CreatingTraumaServices.pdf>.
- Moses D. J., Huntington, N. et D'Ambrosio B. (2004). Developing integrated services for women with co-occurring disorders and trauma histories: Lessons from the SAMHSA women with alcohol, drug abuse and mental health disorders who have histories of

- violence study. Document obtenu le 23 février 2011 sur <http://www.prainc.com/wcdvs/pdfs/LessonsFinal.pdf>.
- Pico-Alfonso M. A. (2005). Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 181–193.
- Pico-Alfonso M. A., Echeburúa E. et Martinez M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence*, 23, 577–588. DOI : 10.1007/s10896-008-9180-9
- Pico-Alfonso M. A., Garcia-Linares M. I., Celda-Navarro N., Blasco-Ros C., Echeburúa E. et Martinez M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's Health*, 15(5), 599–611.
- Rodriguez M., Valentine J. M., Son J. B. et Muhammad M. (2009). Intimate partner violence and barriers to mental health care for ethnically diverse populations of women. *Trauma, Violence & Abuse*, 10(4), 358–374. DOI : 10.1177/1524838009339756
- Romero V., Donohue B. et Allen D. N. (2010). Treatment of concurrent substance dependence, child neglect, and domestic violence: A single case examination involving family behavior therapy. *Journal of Family Violence*, 25(3), 287–295. doi : 10.1007/s10896-009-9291-y
- Scarborough Women's Centre (SWC). (2010). *Scarborough Women's Centre: Helping women move forward*. Document obtenu le 22 mars 2011 sur <http://www.scarboroughwomenscentre.ca>.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2003). The Women, Co-Occurring Disorders and Violence Study and Children's Subset Study. Document obtenu le 23 février 2011 sur <http://www.prainc.com/wcdvs/pdfs/ProgramSummary.pdf>.
- Scott-Tilley D., Tilton A. et Sandel, M. (2010). Biological correlates to the development of post-traumatic stress disorder in female victims of intimate partner violence: Implications for practice. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(1), 26–36. Document obtenu sur <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6163.2009.00235.x/pdf>.
- Stalans L. J. et Ritchie J. (2008). Relationship of substance use/abuse with psychological and physical intimate partner violence: Variations across living situations. *Journal of Family Violence*, 23, 9–24. DOI : 10.1008/s10896-007-9125-8
- Statistique Canada. (2005). *La violence familiale au Canada : un profil statistique*. Document obtenu le 19 janvier 2011 sur <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/050714/dq050714a-fra.htm>.
- Statistique Canada. (2006a). *La violence familiale au Canada : un profil statistique*. Document

obtenu le 19 janvier 2011 sur <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/85-224-x2006000-fra.pdf>.

Statistique Canada. (2006b). *Mesure de la violence faite aux femmes : tendances statistiques 2006*. Document obtenu le 19 janvier 2011 sur <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-570-x/85-570-x2006001-fra.pdf>.

Statistique Canada. (2011). *La violence familiale au Canada : un profil statistique*. Document obtenu le 17 janvier 2011 sur <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/85-224-x2010000-fra.htm>.

United States Department of Justice, Office on Violence Against Women (US DOJ). (2007). *Working together to end the violence: The president's family justice center initiative*. Document obtenu le 31 mars 2011 sur [http://www.ovw.usdoj.gov/docs/family\\_justice\\_center\\_overview\\_12\\_07.pdf](http://www.ovw.usdoj.gov/docs/family_justice_center_overview_12_07.pdf).

Watson C., Barnett M., Nikunen L., Schultz C., Randolph-Elgin T. et Mendez C. (1997). Lifetime prevalence of nine common psychiatric/personality disorders in female domestic abuse survivors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(10), 645–647.