

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

## **Prairie Research Associates**

### **RAPPORT SUR LES FAITS SAILLANTS**

Ce rapport présente les points saillants d'une analyse documentaire étudiant les troubles concomitants sur les personnes victimes de violence familiale. Préparée par Prairie Research Associates pour le ministère des Services sociaux et communautaires, cette analyse vise à procurer des connaissances essentielles au secteur qui fournit des services à ces victimes. De très nombreuses femmes qui font appel aux organismes de prévention de la violence faite aux femmes présentent à la fois des troubles mentaux et des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme. Il est donc de plus en plus important de comprendre les besoins de cette population en matière de services.

#### **Objectifs**

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 fournir des prestations de services dans ce domaine critique. Les principaux objectifs de cette analyse documentaire sont les suivants :

1. En s'appuyant sur la littérature scientifique, 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.

#### **Prévalence et nature des troubles concomitants**

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

- Les troubles de la santé mentale sont sensiblement plus prévalents chez les femmes qui ont subi des violences que chez la population générale (BC Society of Transition Houses, 2011). La dépression, le trouble de stress post-traumatique (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) :
  - La moitié des femmes qui intègrent des maisons de transition à la suite d'actes de violence familiale présentent une dépression grave (Cory, Godard, Abi-Jaoude et Wallace, 2010)
  - On estime que 64 à 94 pour cent des femmes victimes de violence familiale développent un TSPM, soit près de trois fois le 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; Scotty-Tilley, Tilton et Sandel, 2010; Watson et coll. , 1997).

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

- Les femmes qui sont traitées pour des problèmes de violence familiale sont plus nombreuses à abuser de substances psychoactives que la population générale (Cunradi, 2009; Martin, Moracco, Chang, Council et Dulli, 2008) :
  - La dépendance vis-à-vis de l'alcool est 15 fois plus prévalente chez les femmes subissant des violences que dans la population générale (Cory et coll., 2010).
  - Certaines études estiment que deux tiers des femmes traitées pour des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme ont subi une violence familiale dans l'année précédant le traitement (Lipsky et coll., 2010).

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

- Même si la triple association entre violence familiale, troubles de la santé mentale et abus de substances psychoactives est de plus en plus reconnue, le lien unissant ces trois aspects est généralement peu étudié; avant 2004, aucune étude empirique sur les femmes ayant subi des violences familiales n'avait abordé à la fois l'abus de substances psychoactives et les troubles de la santé mentale (Najavits et coll., 2004). D'après une récente étude sur les prestataires de services menée par la BC Society of Transition Houses (2011), il est toutefois rare que les femmes ayant subi une violence familiale présentent *uniquement* des troubles mentaux ou des problèmes liés à un abus de substances psychoactives - ces problèmes existent souvent de façon concomitante.
- Il est difficile d'obtenir des données relatives à la prévalence en raison de la sous-déclaration et du sous-diagnostic de ces violences. 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. De plus, 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 (Rodriguez, Valentine, Son et Muhammad, 2009). Un sondage portant sur les médecins de premier recours révèle que 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 une dépression, un état anxieux, des douleurs au niveau du bassin ou des blessures) (Kass-Bartelmes & Rutherford, 2004).

### **Troubles concomitants et violence familiale : complexité et répercussions**

- Même si des études fournissent des 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 difficile à établir. Même si la littérature scientifique indique généralement que les troubles concomitants constituent des *réponses* à la violence, on suppose parfois aussi que ces mêmes troubles risquent d'accroître le risque de violence familiale (Friedman et Loue, 2007). Cette possibilité peut tenir au fait que les troubles mentaux, tout comme l'abus de substances psychoactives, peuvent empêcher les victimes de faire preuve de discernement et perturber la façon dont elles perçoivent la violence dans les relations conjugales; 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.
- Parmi les facteurs qui contribuent à accroître le risque de violence familiale et de troubles concomitants, on compte l'ethnicité, la pauvreté et le stress (Rodriguez et coll., 2009; Stalans et Ritchie, 2008) :

- 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 avaient environ deux fois plus de risques de développer une dépression à la suite de cette expérience que les femmes caucasiennes ayant survécu à une situation de violence conjugale.
- Il a été établi que le lien entre la consommation de certaines substances illicites et le déclenchement de la violence conjugale était plus important chez les minorités que chez la population caucasienne. Chez les femmes de ces minorités, on a relevé que le stress découlant d'une situation financièrement précaire ou d'exposition au racisme était un facteur de risque supplémentaire sur le plan des troubles mentaux et de l'abus de substances psychoactives.

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

- La littérature met en avant plusieurs facteurs qui empêchent les femmes victimes de violence familiale de rechercher des services et des options thérapeutiques pour faire face à ces mauvais traitements et/ou à des troubles psychiatriques et à des problèmes de toxicomanie/d'alcoolisme :
  - Réticence à reconnaître le problème de santé mentale ou de violence par crainte d'être stigmatisée ou de faire face à une désapprobation familiale (Rodriguez et coll., 2009)
  - Dénier ou tentative de trouver des excuses aux abus, soit pour s'adapter à la situation, soit pour protéger l'auteur des violences conjugales (Kass-Bartelmes et Rutherford, 2004)
  - Crainte de perdre la garde des enfants en donnant des détails (Moses et coll., 2003)
  - Barrière linguistique chez les femmes immigrantes (Rodriguez et coll., 2009).
- Étant donné la complexité des liens entre la violence familiale et les troubles concomitants, il est essentiel que la prestation de services adopte une approche intégrée. La littérature scientifique suggère que l'intégration des approches thérapeutiques visant les femmes atteintes d'une combinaison de troubles est nécessaire, et plus efficace que le fait de traiter chaque problème séparément (traumatisme lié à la violence familiale, abus de substances psychoactives ou troubles mentaux) (Jordan, 2009; Krug et coll., 2002; Lipsky et coll., 2010). Plusieurs auteurs proposent des options permettant d'atteindre cet objectif :
  - Les organismes devraient être conscients des facteurs culturels associés à la violence familiale et aux troubles concomitants et recevoir une formation pour offrir une réponse culturellement appropriée (Jones, 2008).
  - 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 concurrents et aux obstacles au traitement induits par la pauvreté (Jones, 2008; Krug et coll., 2002).
  - Il est nécessaire d'accentuer la collaboration entre les différents organismes communautaires et les centres médicaux offrant des soutiens médicaux, juridiques et sociaux de sorte que les femmes exposées à la violence familiale et atteintes de troubles concomitants 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 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).

## Pratiques exemplaires

### *Étude sur les femmes, les troubles concomitants et la violence (approche WCDVS)*

- Le programme WCDVS constitue un bon exemple d'approche de prestation de services intégrée, complète et axée sur les besoins des femmes ayant des antécédents de violence familiale et présentant des troubles concomitants. L'étude a constaté que les femmes placées dans un cadre interventionnel privilégiant l'approche WCDVS (une approche de soins complète, informée sur les facteurs liés au traumatisme et axée sur la participation des clients) ont fait des progrès plus importants (sur le plan de l'amélioration de la santé mentale et de la diminution de la consommation de substances psychoactives) que celles qui suivaient un programme de soins usuels.
- Le « counseling intégré » (un counseling qui intègre les trois aspects thérapeutiques clés, à savoir la violence familiale, les troubles de la santé mentale et l'abus de substances psychoactives) a eu un impact essentiel sur les bons résultats observés.

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

- Le WARP (Woman Abuse Response Program) est un programme provincial du BC Women's Hospital and Health Centre. Des consultations ont été menées auprès de plus de 460 fournisseurs de services et leaders politiques dans toute la Colombie-Britannique, ainsi qu'auprès de 15 groupes de concertation réunissant une centaine de femmes concernées par la violence, l'abus de substances psychoactives et les troubles de la santé mentale. Ces consultations ont permis de faire deux constats majeurs :
  1. Les femmes ayant des antécédents de violence familiale et de troubles concomitants veulent un meilleur accès aux groupes d'entraide pour femmes
  2. Ces femmes ont besoin que les services soient mieux intégrés.
- À la lumière de ces constats, le WARP a proposé le projet Making Connections (un programme pilote actuellement testé par six organismes dans des collectivités de toute la Colombie-Britannique). Ce projet a deux grands objectifs :
  1. Fournir de l'aide aux femmes victimes de mauvais traitements, atteintes de troubles mentaux et présentant des problèmes liés à l'abus de substances psychoactives par le biais de dispositifs faciles d'accès : counseling, groupes d'entraide et manuel d'auto-assistance.
  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.

### *Initiative « Reducing Barriers to Support for Women Who Experience Violence »*

- L'initiative « Reducing Barriers » est un autre projet britanno-colombien. Il est conçu pour mettre au point une approche coordonnée de la prestation de services destinée aux femmes victimes de violence qui présentent des troubles mentaux et des problèmes liés à l'abus de substances psychoactives. Ce projet s'est donné pour objectif de produire une trousse à outils pour les programmes de logement de transition. Cette trousse contient 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.

- Parmi les pratiques prometteuses initiales mises en évidence dans le cadre du projet Reducing Barriers, on peut citer :
  - Le recours à des cadres et à des modèles de soins axés sur les femmes et la réduction des préjudices (qui impliquent d'aider les femmes à découvrir les options qui leur sont offertes sans les juger, en respectant et en soutenant leurs décisions).
  - La collaboration et l'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.

### **Renseignements complémentaires**

- De plus amples renseignements figurent dans le rapport complet disponible auprès du Centre de ressources : <http://intra.collaboration.gov.on.ca/css/ssrc>

## Références bibliographiques

- BC Society of Transition Houses. (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)
- Campbell J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359(9314), 1331–1337.
- Cory J., Godard L., Abi-Jaoude A. et Wallace L. (2010). *Building Bridges: Linking Women Abuse, Substance Use, and Mental Ill Health*.
- Cunradi C. B. (2009). Substance abuse in intimate partner violence. In C. Mitchell (éditeur), *Intimate partner violence: A health-based perspective* (pp. 173–182).
- 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.
- Jones L. (2008). The distinctive characteristics and needs of domestic victims in a Native American community. *Journal of Family Violence*, 23, 113–118.
- 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.
- 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. [No de publication AHRQ : 04-0055]. Rockville (Maryland, États-Unis) : Agency for Healthcare Research and Quality.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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>.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.