

Association Mondiale de Psychiatrie (WPA)
Programme de formation international basé sur les compétences et
destiné aux intervenants dans les soins en santé mentale
Thème : violence entre partenaires intimes et violence sexuelle
contre les femmes

Donna E. Stewart CM, MD, FRCPC

University Professor, University of Toronto

Senior Scientist, Toronto General Hospital Research Institute

Research Head, University Health Network Centre for Mental Health

Toronto, Canada

Prabha S. Chandra MD, FRC Psych, FAMS

Professor and Head of the Department of Psychiatry,

National Institute of Mental Health and Neurosciences

Bangalore, India

Traduction française :

Juliette Marty*, Heidi Schweinschwaller, Florence Thibaut*****

*Psychologist, **Resident, ***University Professor of Psychiatry

University Hospital Cochin, Faculty of Medicine Paris Descartes,

INSERM U. 894, Institute of Psychiatry and Neuroscience, Paris, France

Email: florence.thibaut@aphp.fr

Sommaire et index :

1. Contexte et objectifs du programme de formation (Terminologie et abréviations).	4
2. a Compétences pour chaque groupe – Etudiants en médecine, psychiatres en formation, psychiatres	5-7
2. b Elaboration et évaluation des compétences	8-10
3. <u>Ressource documentaire 1</u> – Directives de l’OMS: Soins de santé pour les femmes victimes de violence physique et/ou sexuelle de la part d’un partenaire intime – Manuel Clinique	11-12
Directives cliniques et stratégies	13
4. <u>Ressource documentaire 2</u> – Liens et abstracts avec des articles clefs, des livres, des manuels, des outils	14-29
5. <u>Ressource documentaire 3</u> –Diapositives sur la violence physique et/ou sexuelle entre partenaires intimes	30-42
6. <u>Ressource documentaire 4</u> –Vignettes cliniques et points d’enseignement	43-62
7. <u>Ressource documentaire 5</u> – Vidéos basées sur des vignettes d’apprentissage	63-64

Co-responsables:

Donna E. Stewart CM, MD, FRCPC (Canada)
University Professor, University of Toronto
Senior Scientist, Toronto General Hospital Research Institute
Research Head, University Health Network Centre for Mental Health
Toronto, Canada
Prabha S. Chandra MD, FRC Psych, FAMS (India)
Professor and Head of the Department of Psychiatry,
National Institute of Mental Health and Neurosciences
Bangalore, India

Membres du groupe de pilotage :

Marta B. Rondon MD, MSc (Peru)
Consultant for the Program for the Prevention and Treatment of Gender Based Violence,
National Institute for Maternal and Perinatal Health
Assistant Professor, Department of Medicine, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima
Josyan Madi-Skaff MD (Lebanon)
Chair, Women’s Mental Health Section, World Psychiatric Association
President, Lebanese Psychiatric Society
Head of Psychiatry Department, The Lebanese Hospital, Beirut, Lebanon
Louise M. Howard PhD, MRC Psych (United Kingdom) NIHR Research Professor,
Professor in Women’s Mental Health & Consultant Perinatal Psychiatrist

Section of Women's Mental Health, King's College, London
Harriet L. MacMillan MD, MSc, FRCPC (Canada)
Professor, Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences
Chedoke Health Chair in Child Psychiatry
Offord Centre for Child Studies, McMaster University
Hamilton, Ontario
Claudia Garcia Moreno MD, MSc (WHO Geneva)
Medical Officer, WHO Department of Reproductive Health and Research
WHO, Geneva, Switzerland
Alexander Butchart MA, PhD (WHO Geneva)
Co-coordinator, Prevention of Violence
Department of Injuries and Violence Prevention
WHO, Geneva, Switzerland
Mark H. van Ommeren PhD (WHO Geneva)
Scientist, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse
WHO, Geneva, Switzerland

Conseillers pédagogiques:

Andrea E. Waddell MD, FRCPC (Canada)
Medical Director, Inpatient Psychiatry, University Health Network,
Assistant Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto
Raed Hawa MD, FRCPC DABPN (Canada)
Deputy Psychiatrist in Chief, University Health Network,
Director, Undergraduate Medical Education,
Department of Psychiatry
Associate Professor, University of Toronto

Traduction française :

Juliette Marty*, Heidi Schweinschwaller**, Florence Thibaut***
*Psychologist, **Resident, ***University Professor of Psychiatry
University Hospital Cochin, Faculty of Medicine Paris Descartes,
INSERM U. 894, Institute of Psychiatry and Neuroscience, Paris, France
Email: florence.thibaut@aphp.fr

1. Contexte et objectifs du programme de formation

Contexte : La violence à l'égard des femmes ou la violence sexiste sont endémiques à travers le monde et peuvent revêtir diverses formes selon les situations de paix ou de guerre. Ce programme de formation est axé sur la violence entre partenaires intimes et sur la violence sexuelle chez les femmes, qui sont des abus fréquents entraînant de graves conséquences sur le plan de la santé physique et mentale.

Les recherches indiquent qu'une très faible proportion de femmes victimes de violences ou d'abus en a déjà parlé à un médecin, et que très peu de médecins ont déclaré avoir posé cette question lors de l'entretien avec une femme. Ceci est également vrai dans les établissements en santé mentale.

Les principales barrières énoncées par les psychiatres dans l'investigation de ces deux formes courantes de violence (violence sexuelle ou violence entre partenaires intimes) sont le manque de formation sur la façon de mener l'entretien et de répondre en cas de violence avouée, le manque de connaissances concernant la prévalence, le scepticisme quant à l'efficacité d'une prise en charge, l'incertitude sur les recommandations de services ou de structures appropriées, la résistance du patient, le malaise des médecins face à ces problèmes, les contraintes de temps, la peur de perdre des patients et la peur pour la sécurité des femmes ou pour le psychiatre lui-même.

Si on attend des cliniciens qu'ils identifient et répondent de manière appropriée aux femmes victimes de violences, ils doivent recevoir une formation adéquate. Bien que l'on sache que les hommes peuvent être également victimes de violences de la part d'un partenaire ou de violences sexuelles, ce programme est axé sur la violence entre partenaires intimes et sur la violence sexuelle contre les femmes, en particulier parce que les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être exposées à des formes plus graves de violence et d'abus, et qu'elles développent des séquelles plus graves que ce soit pour la santé physique ou mentale.

Objectifs : Ce programme développé par la Société Mondiale de Psychiatrie basé sur les compétences est destiné à différents niveaux d'expertises (étudiants en médecine, interne en psychiatrie, et psychiatres). Il présente le contenu du programme basé sur les compétences qui est centré sur l'acquisition de compétences, la confiance en soi et la connaissance, en utilisant différentes méthodes pédagogiques. La formation médicale passe d'un enseignement didactique à un format fondé sur les compétences de base à acquérir pour passer au niveau supérieur.

Terminologie et abréviations :

- Violence entre partenaires intimes (VPI) : comportement d'un partenaire intime actuel ou passé, entraînant des dommages physiques, sexuels ou psychologiques, y compris des actes d'agression physique, de contrainte sexuelle, d'abus psychologique et des comportements de contrôle (OMS, 2013)
- Agression sexuelle ou violence sexuelle (VS) ou viol (non restrictif au partenaire intime)
- Abus entre époux = abus sur sa femme = femme battue ou abus du partenaire quel que soit son sexe

- Violence domestique ou familiale (incluant toute personne faisant partie de la famille, y compris les enfants)
- Violence contre les femmes (VCF)
- Violence basée sur le genre ou violence sexiste (violence ou abus basé sur le genre/le sexe de la personne)
- Violence interpersonnelle (entre n'importe quelles personnes)

EM : étudiant en médecine

IP : interne en formation en psychiatrie

PS : psychiatre en activité expérimenté ou psychiatre sénior

2. a Compétences à acquérir pour chaque groupe : étudiants en médecine, psychiatres en formation, psychiatres

A la fin de la formation, vous serez capable de :

- 1) Définir la violence physique, psychologique et sexuelle entre partenaires intimes (VPI) et la violence sexuelle (VS) (EM)
- 2) Discuter de la prévalence des VPI et VS dans votre collectivité locale et dans une population de patients.
 - a. Décrire la prévalence locale (y compris dans les groupes vulnérables concernés) (EM)
 - b. Estimer la prévalence des VPI/VS et des groupes à risque les plus fréquents ainsi que les facteurs de protection dans une population donnée de patients, y compris chez des patients avec des troubles mentaux (IP).
 - c. Se servir de la connaissance des populations locales pour défendre efficacement des prestations (PS).
- 3) Etre conscient des mythes et des idées préconçues en matière de VPI et VS.
 - a. Décrire les biais classiques concernant les VPI/VS auprès de la population et des intervenants dans le domaine de la santé (EM).
 - b. Identifier les biais qui peuvent avoir un impact sur ses propres évaluations cliniques (IP).

- c. Participer à des collaborations interprofessionnelles et intersectorielles pour augmenter la prise de conscience dans la population et la sensibiliser (PS).
- 4) Connaître les séquelles que peuvent entraîner des VPI et VS.
 - a. Décrire les conséquences pour la santé physique et psychologique des victimes, ainsi que pour les enfants exposés aux VPI et VS (EM, IP).
 - b. Former les autres intervenants en soins de santé sur les conséquences sanitaires des VPI et de la VS (PS).
- 5) Evaluer la présence de VPI/VS
 - a. Savoir rechercher de manière sécurisée et bienveillante les VPI et VS chez les patients (EM).
 - b. Obtenir des informations sur les VPI et VS auprès des patients présentant des plaintes psychiatriques dans un large éventail de contextes (y compris les patients ambulatoires, les patients hospitalisés, et ceux présentant une maladie) (IP).
 - c. Fournir un avis d'expert pour les patients complexes touchés par les VPI/VS (PS).
 - d. Evaluer et orienter si nécessaire les enfants exposés aux VPI et se conformer aux obligations légales de signalement des violences le cas échéant (IP, PS).
- 6) Fournir une prise en charge psychologique « de premier recours »
 - a. Appliquer les principes de premiers secours psychologiques aux victimes de violences entre partenaires intimes et/ou de violence sexuelle «**SAUVE**» (EM)
 - b. Modéliser l'approche «**SAUVE**» et former d'autres soignants à l'appliquer dans leur prise en charge (IP).
- 7) Connaître les ressources existantes en termes de formation et de structures et services de soutien pour les victimes de VPI et VS.
 - a. Fournir des informations au patient ou à un intervenant en soins de santé pour aider les patients confrontés à des VPI ou VS (y compris : comment accéder à l'aide juridique, aux ressources possibles pour les victimes et une sensibilisation aux lois existantes) (EM)
 - b. Fournir au patient des informations spécifiques sur les processus d'admission ou d'orientation vers les services appropriés dans leur région (IP).
 - c. Développer, afficher et diffuser du matériel éducatif pour une prise en charge clinique dans le cadre d'une réponse systémique aux VPI/VS (PS).

8) Communiquer les détails de l'évaluation clinique

- a. Documenter avec précision les signes, symptômes et discussion autour des VPI/VS dans le dossier médical (EM)
- b. Fournir un projet de soin écrit, réalisable pour un intervenant en soins primaires (ou un intervenant en soins référent) pour répondre aux besoins identifiés de la victime de VPI/VS (IP).

9) Prendre en charge les traumatismes psychologiques liés aux VPI/VS.

- a. Fournir des instructions écrites concernant l'initiation et le suivi d'une méthode de première intention destinée à la prise en charge du traumatisme psychologique lié à la VIP ou la VS (IP)
- b. Mettre en place ou orienter vers une prise en charge psychologique adaptée fondée sur des preuves d'un traumatisme non compliqué par exemple une TCC centrée sur le traumatisme, une thérapie d'exposition, l'EMDR ou autre (IP).
- c. Délivrer un traitement médicamenteux fondé sur des preuves dans le traumatisme psychologique lié aux VIP ou VS (IP).
- d. Superviser les stagiaires en formation ou les autres intervenants dans la mise en place des interventions fondées sur des preuves (PS).
- e. Fournir des soins intégrés aux patients ayant subi des VPI/VS lorsque leurs besoins sont complexes (PS).

Remarque : Si les internes en formation en psychiatrie ou les psychiatres expérimentés ou seniors n'ont pas été formés aux pratiques de base qui sont mentionnées ci-dessus, il faudra revoir et adapter ce matériel en fonction de leurs compétences.

« LIVES » ou « SAUVE » (Référence OMS pour la prise en charge des victimes de violence entre partenaires intimes et/ou de violence sexuelle). Cet acronyme signifie :

Soutien : aider la victime à prendre contact avec les services sociaux et le soutien social nécessaire

Accroître la sécurité: discuter des moyens pour se protéger face aux prochains dommages

Urgence de s'enquérir des besoins et préoccupations émotionnels, physiques, sociaux et pratiques

Valider le discours de la victime : montrer que vous la croyez et la comprenez

Ecoute empathique et sans jugement

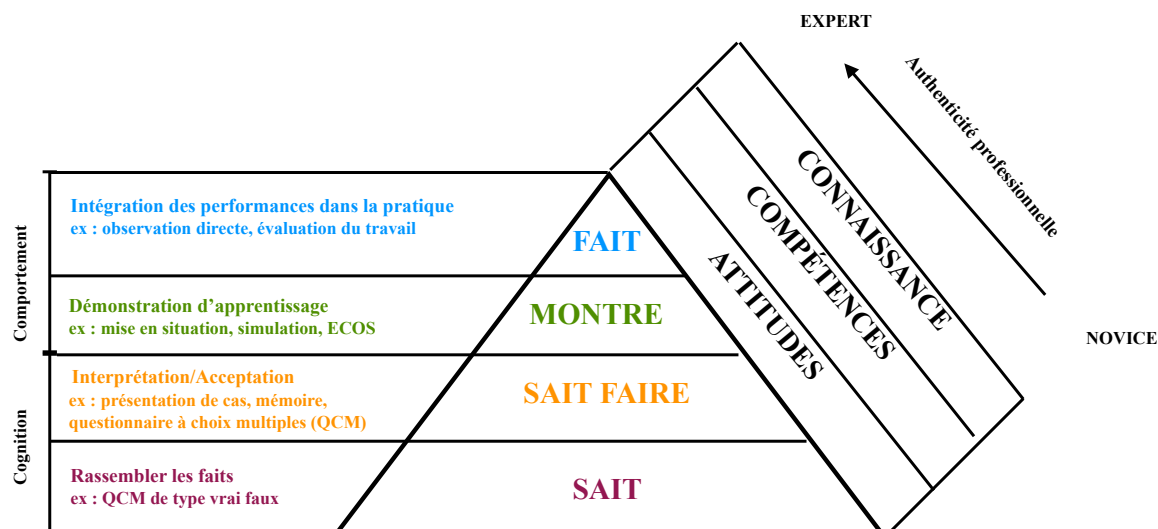
2. b Elaboration et évaluation des compétences

Définitions

Violence entre partenaires intimes (VPI) : comportement d'un partenaire intime actuel ou passé qui provoque des dommages physiques, sexuels ou psychologiques, y compris des actes d'agression physique, de contrainte sexuelle, abus psychologique ou comportement d'hyper contrôle (OMS).

Violence sexuelle (VS) : un acte sexuel commis ou tenté par une autre personne sans que la victime ait pu donner son consentement, ou contre une personne incapable de consentir ou de refuser.

Le développement des compétences



Basé sur le travail de Miller GE, *The Assessment of Clinical Skills/Competences/Performance* ; Acad. Med. 1990; 65(9): 63-67.

Adapté par Drs. R. Mehay & R. Burns. UK (Jan 2009)

Traduction française J. Marty, H. Schweinschaller & F. Thibaut (Mars 2019).

Description des méthodes d'évaluation fréquemment utilisées :

ECOS : Examen clinique objectif et structuré

QCM : Questionnaire à choix multiples

Epreuve écrite	Peut inclure un mélange de questions à choix multiples, de questions à réponses ouvertes et courtes et de questions plus longues
Etude de cas basée sur des vidéos	Tous les élèves regardent une vidéo, puis répondent à une série de questions écrites
Examen oral	On pose aux étudiants des questions basées sur des études de cas. Met l'accent sur la communication orale
Jeu de rôle	L'examineur joue un intervenant en soins de santé et évalue les capacités de communication de l'étudiant en situation clinique
ECOS	L'examineur observe et évalue l'évaluation clinique standardisée du patient par le stagiaire
Vérification de la pratique	Peut inclure l'examen des dossiers, l'observation directe, l'audit des dossiers, l'évaluation par les pairs

Recommandations pour les méthodes d'évaluation à utiliser pour chaque niveau de compétence

Etudiant en médecine

Compétences	1	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a
Epreuve écrite	X	X	X					
Etude de cas basée sur des vidéos			X					X
Examen oral				X			X	
Jeu de rôle					X	X	X	
ECOS					X	X	X	
Audit du dossier								X

Interne en psychiatrie

Compétences	2b	3b	4a	5b	5d	6b	7b	8b	9a	9b
Epreuve écrite	X		X						X	
Etude de cas basée sur des vidéos		X								
Examen oral	X	X	X			X				
Jeu de rôle		X	X	X		X	X			
ECOS avec un patient			X	X	X		X			
Audit de la pratique				X				X	X	X

Ressource documentaire 1

**Directives de l’OMS: Soins de santé pour les
femmes victimes de violence physique et/ou
sexuelle de la part d’un partenaire intime
Manuel Clinique
Directives cliniques et stratégies**

RESSOURCE 1 : Directives de l'OMS: Soins de santé pour les femmes victimes de violence physique et/ou sexuelle de la part d'un partenaire intime

- a) Organisation Mondiale de la Santé (OMS)- Manuel clinique pour les soins de santé pour les femmes victimes de violence entre partenaire intime (VPI) ou de violence sexuelle. 2014

Disponible à l'adresse suivante:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinicalhandbook/en/>

Un manuel clinique conçu à l'intention des personnels soignants concernant les VPI.

Lorsqu'on fournit un soutien de première ligne à une femme victime de violence, quatre types de besoin sont à retenir :

- Les besoins immédiats en santé émotionnelle et psychologique
- Les besoins immédiats en santé physique
- Les besoins en matière de sécurité permanente
- Le soutien continu et les besoins éventuels d'une prise en charge en santé mentale

Il existe des moyens simples que chaque soignant, y compris ceux qui ne sont pas spécialisés, peut mettre en place pour assister une femme victime de violence. Cette prise en charge est très importante pour sa santé. Ce manuel propose des étapes faciles et des suggestions pour vous aider à fournir ces soins. Il est composé de quatre parties :

- 1 – Sensibilisation à la violence à l'égard des femmes
- 2 –Soutien de première ligne à la violence entre partenaires intimes (VPI) et aux agressions sexuelles.
- 3 – Soins cliniques complémentaires après une agression sexuelle.
- 4 – Soutien complémentaire en cas de prise en charge en santé mentale

Ce manuel contient des aides cliniques pour vous aider à prendre en charge et à soutenir une femme qui a vécu ou vit de la violence. Les directives sur lesquelles ce manuel est construit ne sont pas destinées aux jeunes femmes (moins de 18 ans) ou aux hommes. Néanmoins, bon nombre des suggestions de soins peuvent s'appliquer aux jeunes femmes ou aux hommes.

- b) Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - Lutte contre la violence entre partenaires intimes (VPI) et la violence sexuelle contre les femmes: directives cliniques et politiques de l'OMS. OMS, Genève.2013.

Disponible à l'adresse suivante:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_fra.pdf?ua=1

Un Guide pratique de l'OMS fondé sur des données factuelles pour l'élaboration de politiques nationales et de directives cliniques sur les VPI.

Un soignant sera probablement le premier contact professionnel avec les victimes de violences entre partenaires intimes, de violences conjugales ou les victimes de violence sexuelle. Les études suggèrent que les femmes victimes de violences font plus souvent appel aux soins de santé que les femmes non victimes, même si elles ne divulguent pas forcément les violences associées. Les recherches identifient également le personnel soignant comme la personne ressource et de confiance avec qui évoquer les abus. Ces directives constituent un effort sans précédent pour donner aux équipes soignantes des bases factuelles et des conseils sur la manière de réagir aux violences entre partenaires intimes (VPI) ainsi qu'aux violences sexuelles faites aux femmes.

Elles conseillent également et encouragent une meilleure coordination et un meilleur financement de la prise en charge dans les services, afin d'apporter une plus grande attention à la lutte contre les violences sexuelles et les violences entre partenaires intimes (VPI) au sein des différents programmes de formation des équipes de soins. Les lignes directrices sont basées sur des revues systématiques et comprennent :

- L'identification et la prise en charge clinique de la violence entre partenaires intimes (VPI) ;
- Les soins cliniques dans les cas d'agression sexuelle ;
- La formation relative à la violence entre partenaires intimes (VPI) et à la violence sexuelle à l'égard des femmes ;
- Les approches politiques et programmatiques de la prise en charge ;
- Le signalement obligatoire de la violence entre partenaires intimes (VPI)

Les lignes directrices visent à sensibiliser les équipes soignantes à la violence à l'égard des femmes, et les décideurs politiques et hiérarchiques, afin qu'ils comprennent mieux la nécessité d'une prise en charge adaptée. Elles fournissent également des normes pouvant servir de base aux directives nationales et visent à être intégrées dans les parcours de formation.

Ressource documentaire 2

Liens et abstracts avec des articles clefs, des livres, des manuels, des outils

1. Curr Psychiatry Rep. 2016 Jan;18(1):4. doi: 10.1007/s11920-015-0644-3.

Nouveaux développements en matière de violence entre partenaires intimes et gestion des séquelles en santé mentale

Stewart DE, Vigod S, Riazantseva E.

Abstract

Intimate partner violence (IPV) is a global public health and human rights problem that causes physical, sexual and psychological harms to men and women. IPV includes physical aggression, sexual coercion, psychological abuse and/or controlling behaviours perpetrated by a current or previous intimate partner in a heterosexual or same-sex relationship. IPV affects both men and women, but women are disproportionately affected with nearly one third reporting IPV during their lifetime. Physical and sexual harms from IPV include injury, increased risk for sexually transmitted diseases, pregnancy complications and sometimes death. Psychological consequences include depression, anxiety, posttraumatic stress disorder, substance abuse, impulsivity and suicidality and non-specific physical complaints thought to be related to the traumatic nature and chronic stress of IPV. Children who witness IPV are also negatively impacted in the short and long term. This paper reviews prevalence, risk factors, adverse effects and current evidence-based mental health treatment advice for IPV victims.

2. CurrOpin Psychiatry. 2015 Sep;28(5):350-6

Conséquences sur la santé mentale des violences envers les femmes adultes et les enfants

Satyanarayana VA, Chandra PS, Vaddiparti K.

Abstract

PURPOSE OF REVIEW:

Recent studies on mental health consequences of violence against women and girls were reviewed in a range of situations.

RECENT FINDINGS:

Although several studies continued to show cross-sectional associations between child sexual abuse (CSA) and mental health outcomes, a few prospective studies showed a robust association between CSA and depression. Studies on the impact of dating violence are still at a nascent stage and focus on antecedents of violence rather than its consequences. Women at higher risk, such as adolescents, migrants, the homeless, and women in the perinatal period have been studied and specific vulnerabilities identified. Women reporting bidirectional violence had higher rates of depression and post-traumatic stress disorder (PTSD). Cumulative violence, severity of violence, and recent violence are associated with higher morbidity. Studies among women in conflict zones have emphasized the role of different forms of sexual and physical violence on mental health.

SUMMARY:

Newer emerging areas that need more research include mental health consequences of women in conflict zones and among same sex relationships. There are also few studies on the violence experience of both older women and adolescents. The need to better delineate the psychopathology of complex manifestations of PTSD is underscored.

3. [PLoS Med.](#) 2013;10(5):e1001439. doi: 10.1371/journal.pmed.1001439.Epub2013 May 7.

Violences entre partenaires intimes et incidence sur le développement de symptômes dépressifs et les tentatives de suicide : une revue systématique d'études longitudinales

Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, Astbury J, Watts CH.

Abstract

BACKGROUND:

Depression and suicide are responsible for a substantial burden of disease globally. Evidence suggests that intimate partner violence (IPV) experience is associated with increased risk of depression, but also that people with mental disorders are at increased risk of violence. We aimed to investigate the extent to which IPV experience is associated with incident depression and suicide attempts, and vice versa, in both women and men.

METHODS AND FINDINGS:

We conducted a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies published before February 1, 2013. More than 22,000 records from 20 databases were searched for studies examining physical and/or sexual intimate partner or dating violence and symptoms of depression, diagnosed major depressive disorder, dysthymia, mild depression, or suicide attempts. Random effects meta-analyses were used to generate pooled odds ratios (ORs). Sixteen studies with 36,163 participants met our inclusion criteria. All studies included female participants; four studies also included male participants. Few controlled for key potential confounders other than demographics. All but one depression study measured only depressive symptoms. For women, there was clear evidence of an association between IPV and incident depressive symptoms, with 12 of 13 studies showing a positive direction of association and 11 reaching statistical significance; pooled OR from six studies = 1.97 (95% CI 1.56-2.48, $I^2 = 50.4\%$, $p(\text{heterogeneity}) = 0.073$). There was also evidence of an association in the reverse direction between depressive symptoms and incident IPV (pooled OR from four studies = 1.93, 95% CI 1.51-2.48, $I^2 = 0\%$, $p = 0.481$). IPV was also associated with incident suicide attempts. For men, evidence suggested that IPV was associated with incident depressive symptoms, but there was no clear evidence of an association between IPV and suicide attempts or depression and incident IPV.

CONCLUSIONS:

In women, IPV was associated with incident depressive symptoms, and depressive symptoms with incident IPV. IPV was associated with incident suicide attempts. In men, few studies were conducted, but evidence suggested IPV was associated with incident depressive symptoms. There was no clear evidence of association with suicide attempts

4. Psychol Med. 2015 Mar;45(4):875-86. doi: 10.1017/S0033291714001962. Epub 2014 Sep 4.

Violences sexuelles et domestiques envers les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères

Khalifeh H, Moran P, Borschmann R, Dean K, Hart C, Hogg J, Osborn D, Johnson S, Howard LM.

Abstract

BACKGROUND:

Domestic and sexual violence are significant public health problems but little is known about the extent to which men and women with severe mental illness (SMI) are at risk compared with the general population. We aimed to compare the prevalence and impact of violence against SMI patients and the general population.

METHOD:

Three hundred and three randomly recruited psychiatric patients, in contact with community services for ≥ 1 year, were interviewed using the British Crime Survey domestic/sexual violence questionnaire. Prevalence and correlates of violence in this sample were compared with those from 22 606 general population controls participating in the contemporaneous 2011/12 national crime survey.

RESULTS:

Past-year domestic violence was reported by 27% v. 9% of SMI and control women, respectively [odds ratio (OR) adjusted for socio-demographics, aOR 2.7, 95% confidence interval (CI) 1.7-4.0], and by 13% v. 5% of SMI and control men, respectively (aOR 1.6, 95% CI 1.0-2.8). Past-year sexual violence was reported by 10% v. 2.0% of SMI and control women respectively (aOR 2.9, 95% CI 1.4-5.8). Family (non-partner) violence comprised a greater proportion of overall domestic violence among SMI than control victims (63% v. 35%, $p < 0.01$). Adulthood serious sexual assault led to attempted suicide more often among SMI than control female victims (53% v. 3.4%, $p < 0.001$).

CONCLUSIONS:

Compared to the general population, patients with SMI are at substantially increased risk of domestic and sexual violence, with a relative excess of family violence and adverse health impact following victimization. Psychiatric services, and public health and criminal justice policies, need to address domestic and sexual violence in this at-risk group.

5. Glob Health Action. 2016 Feb 8;9:29890. doi: 10.3402/gha.v9.29890. eCollection 2016. <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/29890>

Violences domestiques et santé mentale: une enquête transversale sur les femmes cherchant de l'aide auprès des services sociaux en matière de violences domestiques

Ferrari G, Agnew-Davies R, Bailey J, Howard L, Howarth E, Peters TJ, Sardinha L, Feder GS.

Abstract

BACKGROUND:

Domestic violence and abuse (DVA) are associated with increased risk of mental illness, but we know little about the mental health of female DVA survivors seeking support from domestic violence services.

OBJECTIVE:

Our goal was to characterise the demography and mental health of women who access specialist DVA services in the United Kingdom and to investigate associations between severity of abuse and measures of mental health and health state utility, accounting for important confounders and moderators.

DESIGN:

Baseline data on 260 women enrolled in a randomized controlled trial of a psychological intervention for DVA survivors were analysed. We report the prevalence of and associations between mental health status and severity of abuse at the time of recruitment. We used logistic and normal regression models for binary and continuous outcomes, respectively. The following mental health measures were used: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM), Patient Health Questionnaire, Generalised Anxiety Disorder Assessment, and the Posttraumatic Diagnostic Scale to measure posttraumatic stress disorder (PTSD). The Composite Abuse Scale (CAS) measured abuse.

RESULTS:

Exposure to DVA was high, with a mean CAS score of 56 (SD 34). The mean CORE-OM score was 18 (SD 8) with 76% above the clinical threshold (95% confidence interval: 70-81%). Depression and anxiety levels were high, with means close to clinical thresholds, and more than three-quarters of respondents recorded PTSD scores above the clinical threshold. Symptoms of mental illness increased stepwise with increasing severity of DVA.

CONCLUSIONS:

Women DVA survivors who seek support from DVA services have recently experienced high levels of abuse, depression, anxiety, and especially PTSD. Clinicians need to be aware that patients presenting with mental health conditions or symptoms of depression or anxiety may be experiencing or have experienced DVA. The high psychological morbidity in this population means that trauma-informed psychological support is needed for survivors who seek support from DVA services.

6. PLoS Med. 2013;10(5):e1001452. doi: 10.1371/journal.pmed.1001452. Epub 2013 May 28.

Violences domestiques et troubles mentaux en périnatalité: revue systématique et méta-analyse

Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G.

Abstract

BACKGROUND:

Domestic violence in the perinatal period is associated with adverse obstetric outcomes, but evidence is limited on its association with perinatal mental disorders. We aimed to estimate the prevalence and odds of having experienced domestic violence among women with antenatal and postnatal mental disorders (depression and anxiety disorders including post-traumatic stress disorder [PTSD], eating disorders, and psychoses).

METHODS AND FINDINGS:

We conducted a systematic review and meta-analysis (PROSPERO reference CRD42012002048). Data sources included searches of electronic databases (to 15 February 2013), hand searches, citation tracking, update of a review on victimisation and mental disorder, and expert recommendations. Included studies were peer-reviewed experimental or observational studies that reported on women aged 16 y or older, that assessed the prevalence and/or odds of having experienced domestic violence, and that assessed symptoms of perinatal mental disorder using a validated instrument. Two reviewers screened 1,125 full-text papers, extracted data, and independently appraised study quality. Odds ratios were pooled using meta-analysis. Sixty-seven papers were included. Pooled estimates from longitudinal studies suggest a 3-fold increase in the odds of high levels of depressive symptoms in the postnatal period after having experienced partner violence during pregnancy (odds ratio 3.1, 95% CI 2.7-3.6). Increased odds of having experienced domestic violence among women with high levels of depressive, anxiety, and PTSD symptoms in the antenatal and postnatal periods were consistently reported in cross-sectional studies. No studies were identified on eating disorders or puerperal psychosis. Analyses were limited because of study heterogeneity and lack of data on baseline symptoms, preventing clear findings on causal directionality.

CONCLUSIONS:

High levels of symptoms of perinatal depression, anxiety, and PTSD are significantly associated with having experienced domestic violence. High-quality evidence is now needed on how maternity and mental health services should address domestic violence and improve health outcomes for women and their infants in the perinatal period.

7. Trauma Violence Abuse. 2009 Jul;10(3):225-46. doi: 10.1177/1524838009334456. Epub 2009 May 10.

Un modèle écologique de l'impact des agressions sexuelles sur la santé mentale des femmes

Campbell R, Dworkin E, Cabral G.

Abstract

This review examines the psychological impact of adult sexual assault through an ecological theoretical perspective to understand how factors at multiple levels of the social ecology contribute to post-assault sequelae. Using Bronfen brenner's (1979, 1986, 1995) ecological theory of human development, we examine how individual-level factors (e.g., sociodemographics, biological/genetic factors), assault characteristics (e.g., victim-offender relationship, injury, alcohol use), microsystem factors (e.g., informal support from family and friends), meso/ exosystem factors (e.g., contact with the legal, medical, and mental health systems, and rape crisis centers), macrosystem factors (e.g., societal rape myth acceptance), and chronosystem factors (e.g., sexual revictimization and history of other victimizations) affect adult sexual assault survivors' mental health outcomes (e.g., post-traumatic stress disorder, depression, suicidality, and substance use). Self-blame is conceptualized as meta-construct that stems from all levels of this ecological model. Implications for curbing and/or preventing the negative mental health effects of sexual assault are discussed.

8. Lancet. 2006 Oct 7;368(9543):1260-9.

Prévalence de la violence entre partenaires intimes: résultats de l'étude multicentrique de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique

Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH; WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team.

Abstract

BACKGROUND:

Violence against women is a serious human rights abuse and public health issue. Despite growing evidence of the size of the problem, current evidence comes largely from industrialised settings, and methodological differences limit the extent to which comparisons can be made between studies. We aimed to estimate the extent of physical and sexual intimate partner violence against women in 15 sites in ten countries: Bangladesh, Brazil, Ethiopia, Japan, Namibia, Peru, Samoa, Serbia and Montenegro, Thailand, and the United Republic of Tanzania.

METHODS:

Standardised population-based household surveys were done between 2000 and 2003. Women aged 15-49 years were interviewed and those who had ever had a male partner were asked in private about their experiences of physically and sexually violent and emotionally abusive acts.

FINDINGS:

24,097 women completed interviews, with around 1500 interviews per site. The reported lifetime prevalence of physical or sexual partner violence, or both, varied from 15% to 71%, with two sites having a prevalence of less than 25%, seven between 25% and 50%, and six between 50% and 75%. Between 4% and 54% of respondents reported physical or sexual partner violence, or both, in the past year. Men who were more controlling were more likely to be violent against their partners. In all but one setting women were at far greater risk of physical or sexual violence by a partner than from violence by other people.

INTERPRETATION:

The findings confirm that physical and sexual partner violence against women is widespread. The variation in prevalence within and between settings highlights that this violence is not inevitable, and must be addressed.

9. Reprod Health Matters. 2010 Nov;18(36):158-70. doi: 10.1016/S0968-8080(10)36533-5.

Violence entre partenaires intimes pendant la grossesse: analyse des données de prévalence provenant de 19 pays

Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, Watts C.

Abstract

We aimed to describe the prevalence of intimate partner violence (IPV) during pregnancy across 19 countries, and examine trends across age groups and UN regions. We conducted a secondary analysis of data from the Demographic and Health Surveys (20 surveys from 15 countries) and the International Violence Against Women Surveys (4 surveys from 4 countries) carried out between 1998 and 2007. Our data suggest that intimate partner violence during a pregnancy is a common experience. The prevalence of IPV during pregnancy ranged from approximately 2.0% in Australia, Cambodia, Denmark and the Philippines to 13.5% in Uganda among ever-pregnant, ever-partnered women; half of the surveys estimated prevalence to be between 3.9 and 8.7%. Prevalence appeared to be higher in African and Latin American countries relative to the European and Asian countries surveyed. In most settings, prevalence was relatively constant in the younger age groups (age 15-35), and then appeared to decline very slightly after age 35. Intimate partner violence during pregnancy is more common than some maternal health conditions routinely screened for in antenatal care. Global initiatives to reduce maternal mortality and improve maternal health must devote increased attention to violence against women, particularly violence during pregnancy.

10. Trauma Violence Abuse. 2016 Jul;17(3):284-97. doi: 10.1177/1524838015584363.

Violence entre partenaires intimes chez les femmes homosexuelles: revue systématique de prévalence et de ses corrélats

Badenes-Ribera L, Bonilla-Campos A, Frias-Navarro D, Pons-Salvador G, Monterde-I-Bort H.

Abstract

This article presents the first systematic review on intimate partner violence (IPV) in self-identified lesbians in same-sex couples. Studies published from January 1990 to December 2013 were analyzed. Of the 687 studies reviewed, 59 were preselected, of which 14 studies were selected that met the inclusion and methodological quality criteria. A summary is presented of the characteristics of the studies, the participants, the prevalence of IPV victimization and perpetration, and its correlates. All the studies were carried out in the United States and used a non-probabilistic sampling method. The majority of participants were White with a high educational level. The results indicate that all the forms of violence occur, but the most prevalent is emotional/psychological violence. The correlates positively associated with IPV are certain personality characteristics, fusion, previous IPV experience, a family history of violence, and alcohol consumption. This review finds significant limitations in the analyzed literature. Methodological recommendations are made for future studies.

11. Lancet. 2015 Apr 18;385(9977):1567-79. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61837-7. Epub 2014 Nov 21.

La réponse des systèmes de santé à la violence à l'égard des femmes

García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G.

Abstract

Health systems have a crucial role in a multisector response to violence against women. Some countries have guidelines or protocols articulating this role and health-care workers are trained in some settings, but generally system development and implementation have been slow to progress. Substantial system and behavioural barriers exist, especially in low-income and middle-income countries. Violence against women was identified as a health priority in 2013 guidelines published by WHO and the 67th World Health Assembly resolution on strengthening the role of the health system in addressing violence, particularly against women and girls. In this Series paper, we review the evidence for clinical interventions and discuss components of a comprehensive health-system approach that helps health-care providers to identify and support women subjected to intimate partner or sexual violence. Five country case studies show the diversity of contexts and pathways for development of a health system response to violence against women. Although additional research is needed, strengthening of health systems can enable providers to address violence against women, including protocols, capacity building, effective coordination between agencies, and referral networks.

12. [Cochrane Database Syst Rev. 2013 Dec 13;12:CD003388.](#)
doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub4.

Thérapies psychologiques dans la prise en charge du trouble de stress post-traumatique chronique (PTSD) chez l'adulte

Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C.

Abstract

BACKGROUND:

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a distressing condition, which is often treated with psychological therapies. Earlier versions of this review, and other meta-analyses, have found these to be effective, with trauma-focused treatments being more effective than non-trauma-focused treatments. This is an update of a Cochrane review first published in 2005 and updated in 2007.

OBJECTIVES:

To assess the effects of psychological therapies for the treatment of adults with chronic post-traumatic stress disorder (PTSD).

MAIN RESULTS:

We include 70 studies involving a total of 4761 participants in the review. The first primary outcome for this review was reduction in the severity of PTSD symptoms, using a standardised measure rated by a clinician. For this outcome, individual TFCBT and EMDR were more effective than waitlist/usual care (standardised mean difference (SMD) -1.62; 95% CI -2.03 to -1.21; 28 studies; n = 1256 and SMD -1.17; 95% CI -2.04 to -0.30; 6 studies; n = 183 respectively). There was no statistically significant difference between individual TFCBT, EMDR and Stress Management (SM) immediately post-treatment although there was some evidence that individual TFCBT and EMDR were superior to non-TFCBT at follow-up, and that individual TFCBT, EMDR and non-TFCBT were more effective than other therapies. Non-TFCBT was more effective than waitlist/usual care and other therapies. Other therapies were superior to waitlist/usual care control as was group TFCBT. There was some evidence of greater drop-out (the second primary outcome for this review) in active treatment groups. Many of the studies were rated as being at 'high' or 'unclear' risk of bias in multiple domains, and there was considerable unexplained heterogeneity; in addition, we assessed the quality of the evidence for each comparison as very low. As such, the findings of this review should be interpreted with caution.

AUTHORS' CONCLUSIONS:

The evidence for each of the comparisons made in this review was assessed as very low quality. This evidence showed that individual TFCBT and EMDR did better than waitlist/usual care in reducing clinician-assessed PTSD symptoms. There was evidence that individual TFCBT, EMDR and non-TFCBT are equally effective immediately post-treatment in the treatment of PTSD. There was some evidence that TFCBT and EMDR are superior to non-TFCBT between

one to four months following treatment, and also that individual TFCBT, EMDR and non-TFCBT are more effective than other therapies. There was evidence of greater drop-out in active treatment groups. Although a substantial number of studies were included in the review, the conclusions are compromised by methodological issues evident in some. Sample sizes were small, and it is apparent that many of the studies were underpowered. There were limited follow-up data, which compromises conclusions regarding the long-term effects of psychological treatment.

13. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013 Apr. Report No.: 13-EHC011-EF.

Traitements psychologiques et pharmacologiques chez les adultes présentant un trouble de stress post-traumatique (PTSD)

Jonas DE, Cusack K, Forneris CA, Wilkins TM, Sonis J, Middleton JC, Feltner C, Meredith D, Cavanaugh J, Brownley KA, Olmsted KR, Greenblatt A, Weil A, Gaynes BN.

OBJECTIVES:

To assess efficacy, comparative effectiveness, and harms of psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD). Data sources and review methods omitted here.

RESULTS:

We included 92 trials of patients, generally with severe PTSD and mean age of 30s to 40s. High SOE supports efficacy of exposure therapy for improving PTSD symptoms (Cohen's $d = -1.27$; 95% confidence interval, -1.54 to -1.00); number needed to treat (NNT) to achieve loss of diagnosis was 2 (moderate SOE). Evidence also supports efficacy of cognitive processing therapy (CPT), cognitive therapy (CT), cognitive behavioral therapy (CBT)-mixed therapies, eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), and narrative exposure therapy for improving PTSD symptoms and/or achieving loss of diagnosis (moderate SOE). Effect sizes for reducing PTSD symptoms were large (e.g., 28.9- to 32.2-point reduction in Clinician-Administered PTSD Scale *CAPS+; Cohen's $d \sim -1.0$ or more compared with controls); NNTs were ≤ 4 to achieve loss of diagnosis for CPT, CT, CBT-mixed, and EMDR. Evidence supports the efficacy of fluoxetine, paroxetine, sertraline, topiramate, and venlafaxine for improving PTSD symptoms (moderate SOE); effect sizes were small or medium (e.g., 4.9- to 15.5-point reduction in CAPS compared with placebo). Evidence for paroxetine and venlafaxine also supports their efficacy for inducing remission (NNTs ~ 8 ; moderate SOE). Evidence supports paroxetine's efficacy for improving depression symptoms and functional impairment (moderate SOE) and venlafaxine's efficacy for improving depression symptoms, quality of life, and functional impairment (moderate SOE). Risperidone may help PTSD symptoms (low SOE). Network meta-analysis of 28 trials (4,817 subjects) found paroxetine and topiramate to be more effective than most medications for reducing PTSD symptoms, but analysis was based largely on indirect evidence and limited to one outcome measure (low SOE). We found insufficient head-to-head evidence comparing efficacious treatments; insufficient evidence to verify whether any treatment approaches were more effective for victims of particular trauma types or to determine comparative risks of adverse effects.

CONCLUSIONS:

Several psychological and pharmacological treatments have at least moderate SOE supporting their efficacy: exposure, CPT, CT, CBT-mixed therapies, EMDR, narrative exposure therapy, fluoxetine, paroxetine, sertraline, topiramate, and venlafaxine.

14. MANUELS

Psychiatry, Fourth Edition. Eds A. Tasman, J. Kay, J. A. Lieberman, M. B. First and M. B. Riba. pp2533-2548. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK, 2015. Vigod SN, Stewart DE. Psychiatric Management of Victims of Intimate Partner and Sexual Violence. doi: 10.1002/9781118753378.ch128

15. LIVRES

1. Domestic Violence and Mental Health 1st Edition

by Louise Howard, Gene Feder, Roxanne Agnew-Davies

- **Paperback:** 112 pages
- **Publisher:** RCPsych Publications; 1 edition (May 31, 2013)
- **Language:** English
- **ISBN-10:** 1908020563
- **ISBN-13:** 978-1908020567

2. Violence against Women and Mental Health

García-Moreno, Claudia, Riecher-Rössler, Anita – Volume editors

In, Key issues in mental health, ; v. 178 ISSN 1662-4874 C

Country of Publication: Switzerland

Basel :Karger, 2013. **Language:** English

ISBN: 9783805599887 (hard cover : alk. paper)

3805599889 (hard cover : alk. paper)

9783805599894 (e-ISBN)

Ressource documentaire 3

Diapositives sur la violence physique et/ou sexuelle entre partenaires intimes

RESSOURCE 3

Diapositive sur la violence
physique et/ou sexuelle entre
partenaires intimes

VIOLENCES ENTRE PARTENAIRES INTIMES (VPI) :
PRÉVALENCE, FACTEURS DE RISQUE, SÉQUELLES,
TRAITEMENT (WPA)

Définition de la violence entre partenaires intimes ?
(Référence : Organisation Mondiale de la Santé, 2013)

Comportement d'un partenaire intime actuel ou passé, entraînant des dommages physiques, sexuels ou psychologiques, y compris des actes d'agression physique, de contrainte sexuelle, d'abus psychologique et des comportements de contrôle.

Cinq types de violences entre partenaires intimes (VPI) :

1) Violence physique

L'utilisation intentionnelle de la force physique pouvant entraîner le décès, un handicap, des blessures, ou un dommage.

Cela comprend : le fait de griffer, pousser, bousculer, projeter, empoigner, mordre, étrangler, secouer, gifler, donner un coup de poing, occasionner des brûlures, l'usage d'une arme et l'utilisation de moyens de contention ou de son corps, de sa taille ou de sa force physique contre une autre personne.

2) Violence sexuelle

(i) L'usage de la force physique pour contraindre une personne à se livrer à un acte sexuel contre sa volonté, que l'acte soit accompli ou non;

(ii) Une tentative ou un acte sexuel complet impliquant une personne qui est incapable de comprendre la nature ou les conditions de déroulement de l'acte, de le refuser, ou encore de communiquer son refus de se livrer à un acte sexuel (par exemple à cause d'une maladie, d'un handicap, ou parce qu'elle est sous l'influence de l'alcool ou de drogues, ou à cause de l'intimidation et de la pression exercée) ; et

(iii) Un contact sexuel abusif

3) Les menaces de violence physique ou sexuelle

Menaces de violences physiques ou sexuelles : usage de mots, de gestes, ou d'armes pour communiquer l'intention de causer la mort, un handicap, une blessure ou un dommage physique.

4) Violence psychologique ou émotionnelle

Traumatisme causé à la victime par des actes, des menaces ou des tactiques coercitives. La violence psychologique ou émotionnelle peut inclure, mais ne se limite pas à l'humiliation de la victime, au contrôle de ce qu'elle peut ou ne peut pas faire, à la dissimulation d'informations, à une action délibérée visant à créer un sentiment de diminution ou d'embarras chez la victime, à l'isoler de ses amis ou de sa famille ou encore à l'empêcher d'accéder à l'argent ou à d'autres ressources indispensables.

5) Les comportements de traque

Comportement harcelant ou menaçant qu'une personne engage de manière répétée, tel que suivre une personne, apparaître régulièrement chez la victime ou sur son lieu de travail, pratiquer du harcèlement téléphonique, laisser des messages écrits ou des objets, ou encore vandaliser les biens d'une personne.

Comment les violences entre partenaires intimes sont reliées aux autres termes utilisés ?

- Abus entre époux = abus sur sa femme = femme battue
- Violence domestique ou familiale (incluant toute personne faisant partie de la famille)
- Violence contre les femmes ou violence sexiste (basée sur le genre/le sexe de la personne)
- Violence interpersonnelle (entre n'importe quelles personnes)
- Violence sexuelle ou agression sexuelle (VS) ou viol (non restrictif au partenaire intime)

Les violences entre partenaires intimes (VPI)

- Sont une question de droit de la personne et de santé publique
- Sont présentes dans tous les pays développés comme en voie de développement
- Affectent les individus dans tous les domaines de la vie
- Sont présentes dans les relations hétérosexuelles comme homosexuelles
- Se produisent aussi bien chez les hommes que chez les femmes, cependant les blessures chez les femmes sont plus graves
- Sont une façon d'exprimer pouvoir et contrôle sur le partenaire

Les modèles de violences entre partenaires intimes (VPI)

- Violence situationnelle : généralement épisodique, moins importante et souvent bilatérale
- « Terrorisme » entre partenaires intimes : plus grave, abus chronique visant un contrôle coercitif
- Les VPI s'accroissent souvent avec le temps avec l'instauration d'un « cycle de la violence »
- La violence peut s'accroître lorsque la victime parle ou quitte le foyer
- Les comportements de harcèlement et de traque peuvent continuer malgré la séparation

Les VPI du point de vue international

- Une étude de l'OMS dans 10 pays et incluant 24 097 femmes a montré que les taux les plus élevés de VPI sont observés en Ethiopie rurale et au Pérou
- Une étude de l'OMS dans 15 pays portant sur les VPI pendant la grossesse a recensé des taux allant de 2 à 13,5%.
- La prévalence sur la vie entière de VPI chez les femmes est de 30% (données OMS)
- L'étude nationale américaine IPV/SV (violence entre partenaires intimes/violence sexuelle) a retrouvé une prévalence de VPI sur la vie entière de 36% chez les femmes et 29% chez les hommes
- Les VPI sont la principale cause de blessure non mortelle chez les femmes américaines
- Existe-t-il des chiffres de prévalence locale ?

**Modèle écologique de facteurs de risque (Référence
OMS)**

Elles peuvent être dues à :

- Individu
- Partenaire
- Famille
- Environnement social/Communauté
- Des Facteurs de protection existent

Facteurs de risque individuels pour les VPI

- Peut concerner n'importe quelle personne
- Niveau d'éducation faible/emploi subalterne ou différent
- Sujets jeunes / sujets âgés
- Faible niveau socio-économique (pauvreté)
- Antécédents d'abus ou a été témoin d'abus dans l'enfance
- Abus de substances ou d'alcool
- Handicap physique ou psychologique
- Statut d'autochtone
- Relations homosexuelles ?

**Facteurs de risque chez le partenaire qui augmentent les
VPI**

- Abus d'alcool ou de drogues
- Besoin de contrôle excessif
- Antécédents d'abus ou a été témoins d'abus dans l'enfance
- Faible niveau d'éducation
- Attitudes négatives envers les femmes
- Autres partenaires sexuels
- Sans emploi

Facteurs de risque familiaux qui augmentent les VPI

- Conflits conjugaux
- Domination masculine
- Faible niveau socio-économique
- Mauvais fonctionnement familial

**Facteurs de risque communautaires et sociaux qui
augmentent les VPI**

- Inégalité des genres
- Manque de cohésion et de ressources communautaires
- Lois restrictives sur le divorce
- Lois restrictives sur la propriété et l'héritage
- Acceptation culturelle des VPI
- Représentation dans les médias
- Modèles de comportements pour les enfants

**Facteurs de risque communautaires et sociaux qui
augmentent les VPI**

- Femmes sous estimées ou traitées telles une propriété
- Valeurs patriarcales, légales ou religieuses
- Faible statut social des femmes, manque d'autonomie et de pouvoir
- Faible niveau d'éducation, peu d'opportunités, faible statut socio-économique
- Manque de garanties politiques et de garde fous juridiques
- Femmes en prison ou dans des structures de soins en santé mentale
- La religion peut fermer les yeux sur ces questions

Facteurs de protection

- Education de niveau au moins secondaire
- Haut niveau socio-économique
- Mariage officialisé
- Soutien social
- Egalité des genres
- Environnement sécurisé
- Bonne politique et services de bonne qualité
- Surveillance et mise en application des mesures

Mythe ou Réalité ?

« Si une femme est victime d'abus elle peut/doit simplement partir »

Les femmes abusées restent dans des relations d'abus pour différentes raisons :

- L'abuseur menace de la tuer. Plus de 50% des femmes abusées sont tuées dans les 2 mois après avoir quitté le domicile conjugal
- Dépendance financière vis-à-vis de l'abuseur
- Forte croyance qu'une famille doit rester unie
- Pressions sociales, religieuses et familiales pour rester
- Les abuseurs expriment régulièrement des remords et promettent de changer

Mythe ou Réalité ?

- Peur de perdre ses enfants
- Crainte vis-à-vis de l'immigration et du risque d'expulsion

« L'abus de substances et le stress provoquent des violences »

- L'alcool, la consommation de drogues et le stress ne causent pas de VPI. Les abuseurs utilisent le stress et l'abus de substances comme excuses à la violence
- Cependant, l'alcool et la drogue peuvent désinhiber les abuseurs et les victimes, rendant ainsi la violence plus probable
- La plupart des personnes soumises à un stress extrême n'agressent pas leur partenaire
- La plupart des personnes qui boivent beaucoup ne frappent pas leurs collègues de travail ou des étrangers

Préoccupations communes et idées fausses de la part du professionnel de santé mentale

- Les VPI sont un problème social/personnel/juridique pas un problème de santé mentale
- La victime l'a peut-être mérité par son comportement, sa robe, l'emplacement où elle se trouvait, sa relation, sa consommation d'alcool
- Frustration ressentie car la femme ne quittera pas son partenaire
- Il n'y a rien d'utile que je puisse faire
- Je me sens impuissant(e)
- Je n'ai pas de temps pour ça
- L'auteur des violences pourrait vouloir se venger sur moi
- Comment gérer des partenaires violents

Les séquelles physiques des VPI

- Physiques : décès, fractures, contusions, blessures dentaires, lacerations, commotion cérébrale
- Etat physique et fonctionnel: troubles gastro-intestinaux, douleurs musculo-squelettiques, céphalées, dégradation de la qualité de vie
- Reproduction : maladies sexuellement transmissibles (MST), virus de l'immunodéficience humaine (VIH), troubles sexuels, fausse couche, infertilité, grossesse non désirée, mort fœtale in utero, risque majoré de prématurité

Les séquelles psychologiques des VPI

- Emotionnelles : état de stress post traumatique (ESPT) et EPST complexe, dépression, anxiété, troubles sexuels, troubles du sommeil et du comportement alimentaire, suicide, automutilation, douleurs chroniques, psychose
- Comportements à risque : abus de substances, conduites sexuelles à risque

Les effets des VPI chez les enfants

- Les enfants sont généralement au courant (entendent et voient)
- On recense environ 362 000 enfants dans cette situation au Canada
- Les VPI sont plus fréquentes dans les familles avec des jeunes enfants que dans celles avec des enfants plus âgés
- L'enfant peut aussi être victime de maltraitance
- L'enfant peut souffrir psychologiquement à la suite de ces VPI psychologiques ou comportementales
- Modèle de référence néfaste pour l'enfant
- Majoration du risque de devenir victimes ou agresseurs à l'âge adulte, cycle de la « violence intergénérationnelle »

Coûts socio-économiques des VPI

- Isolement des victimes
- Incapacité de travailler ou d'aller à l'école
- Perte de salaire ou absence d'éducation
- Incapacité à participer à des activités régulières
- Incapacité à prendre soin de soi ou de ses enfants
- 5 à 20% d'années de vie en bonne santé perdues (15 à 44 ans)
- Aussi préoccupant que le cancer en termes de taux de mortalité ou de handicap
- Entraîne deux fois plus de visites médicales et huit fois plus de consultations pour des soins en santé mentale (Etats Unis)

Revue systématique des patients psychiatriques et des VPI (Références Oram et al., 2013 ; Trevillion et al., 2012)

- 42 études menées sur des patients hospitalisés ou suivis en ambulatoire en psychiatrie
- Environ 30% des hommes et des femmes hospitalisés ou suivis en ambulatoire présentaient des antécédents de VPI sur une durée de vie entière
- Souvent sous-évalué par les professionnels de santé
- 41 études
- Femmes atteintes de troubles dépressifs : Odds Ratio/ OR: 2.77 pour les VPI ; troubles anxieux OR: 4.08 pour les VPI ; ou ESPT OR: 7.34 pour les VPI par rapport aux femmes sans trouble mental

Dépister les VPI ?

- Une revue Cochrane a examiné huit études incluant 10 074 femmes
- Le dépistage a doublé la probabilité d'identifier des femmes maltraitées
- IL N'A PAS modifié le nombre de signalements, la réexposition à la violence ou les indicateurs de résultats concernant la santé
- Les auteurs concluent à « l'insuffisance de preuves » pour justifier la nécessité d'un dépistage systématique de VPI en milieu médicalisé
- MAIS en raison de leur prévalence élevée dans les services de santé mentale (30%), la recherche de cas et l'utilisation d'un modèle de prise en charge fondé sur la reconnaissance des traumatismes sont indispensables

Modèle de soins basé sur la reconnaissance du Traumatisme (Référence : SAMSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration)

- Un programme, une organisation ou un système qui :
 - Réalise l'ampleur de l'impact d'un traumatisme et comprend le parcours nécessaire à la guérison
 - Reconnait les stades et les symptômes du traumatisme chez les patients, la famille, le personnel et d'autres individus de l'environnement
 - Intègre pleinement les connaissances sur le traumatisme dans les politiques en place, les procédures et les pratiques
 - Cherche à résister activement à la « re-traumatisation »
- Principes clés : sécurité, loyauté, transparence, soutien par les pairs, collaboration, mutualité, autonomisation, faire entendre sa voix et ses choix, questions culturelles, historiques ou de genre

Dépistage des cas

- Etre attentif aux signes et symptômes de VPI
- Signes et symptômes psychologiques : dépression, troubles anxieux (ESPT), douleurs chroniques, troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil, troubles psychosomatiques, abus de substances, automutilation, certains troubles de la personnalité (état limite), psychoses non affectives
- Enquête sur les VPI passées ou actuelles
- Retard dans la recherche d'aide ou multiples rendez-vous manqués

Dépistage des cas

- Environnement sécurisé et soutenant pour le patient, avec une confidentialité assurée (partenaire non présent)
- Le patient peut ne pas les révéler pour différentes raisons : peur, censure, embarras, honte, dépendance financière, inquiétude à propos de la garde de l'enfant, immigration, juridique...
- La famille ne doit pas être utilisée comme traducteur !
- Prise en compte de l'aspect culturel (une femme pour mener l'entretien si nécessaire)
- Faire attention à ne pas majorer les risques pour le patient !

Signes de VPI possibles

- Blessures inexpliquées (ou explications invraisemblables)
- Peur inexpliquée (surtout du partenaire)
- Retrait social vis-à-vis des amis ou de la famille
- Accès restreint aux finances familiales
- Absence soudaine ou changement de plans

Quelques questions pour aider à la divulgation des VPI

- « Il est important pour moi de comprendre quel degré de sécurité éprouve mon patient dans ses relations intimes »
- « Parfois, les partenaires ou ex-partenaires utilisent la force physique, est-ce que cela vous est déjà arrivé ? »
- « Vous êtes-vous déjà senti humilié ou émotionnellement maltraité par votre partenaire ou ex-partenaire ? »
- « Vous sentez-vous en sécurité dans vos relations actuelles ou passées ? »
- « Avez-vous déjà été menacé physiquement ou blessé par votre partenaire ou ex-partenaire ? »
- « Avez-vous déjà été forcé de subir toute forme d'activité sexuelle par votre partenaire ou ex-partenaire ? »
- « Pensez-vous que votre partenaire vous contrôle excessivement dans vos relations avec la famille, les amis ou sur le plan financier ? »

« LIVES » « SAUVE » (Référence OMS)

- **Soutien**: aider la victime à prendre contact avec les services sociaux et le soutien social nécessaire
- **Accroître la sécurité**: discuter des moyens pour se protéger face aux prochains dommages
- **Urgence** de s'enquérir des besoins et préoccupations émotionnels, physiques, sociaux et pratiques
- **Valider** le discours de la victime, montrer que vous la croyez et la comprenez
- **Ecoute** empathique et sans jugement

Quand les VPI sont divulguées

- Validation des propos (« c'est malheureusement fréquent dans notre société »)
- Affirmation (« la violence est inacceptable, vous méritez de vous sentir en sécurité chez vous »)
- Soutien (« il y a des choses dont nous pouvons parler et qui pourraient vous aider »)
- Demander autant de fois que nécessaire si la personne se sent en sécurité, si elle a des alternatives possibles
- Pas de remarques critiques (« pourquoi ne partez-vous pas ? »)
- Respecter les décisions et préoccupations de la personne
- Connaître les réglementations locales et les services qui existent
- Adresser à d'autres structures de façon appropriée
- Remplir le dossier avec prudence !

La décision de quitter le partenaire

- Les stades du changement (Modèle de Prochaska)
- Le risque de violence augmente lors des périodes de séparation, et dans le période qui suit
- « Est-ce que vous vous sentez en sécurité en cas de retour chez vous aujourd'hui ? »
- « Est-ce que vous avez une solution qui assure votre sécurité ? »
- « Est-ce que votre partenaire a une arme ? »
- Orienter vers les services appropriés (foyer, juridique, association de défense, médical, santé mentale)
- Une ordonnance de protection judiciaire peut être utile

Prise en charge psychologique immédiate

- Premiers soins psychologiques de soutien
- Rassurer la victime sur le fait que sa réaction est compréhensive
- Rassurer la victime sur l'aspect sécurisé et confidentiel de cet environnement
- Demander si la victime se sent en sécurité à l'idée de retourner chez elle aujourd'hui
- Aider à mobiliser le soutien social
- Aider en orientant vers les services locaux appropriés
- Eduquer sur les manifestations possibles du traumatisme : anxiété, hyper vigilance, irritabilité, troubles du sommeil, reviviscence

Méthodes psychologiques éprouvées

- Stratégies simples pour se détacher des cas graves de douleur émotionnelle (flashbacks, anxiété, etc.)
- Créer un endroit sécurisé pour reprendre le contrôle des émotions qui vous submergent ou vous anesthésient
- Se détourner du problème en se concentrant sur le monde extérieur plutôt que sur soi-même
- Exemples : touchez le fauteuil dans lequel vous êtes assis et décrivez-le. Répétez une déclaration de sécurité « je suis en sécurité ici ». Pensez à une scène apaisante ; tapez les pieds sur le sol etc.

Gestion psychologique immédiate

- Utiliser des techniques éprouvées et se concentrer sur le présent si nécessaire
- Si le soutien psychologique ne fonctionne pas, vous pouvez utiliser des benzodiazépines pendant une courte durée pour traiter une anxiété sévère
- Il n'existe **aucune** preuve que le propranolol, l'escitalopram, le témazépam ou la gabapentine soient efficaces dans la prévention de l'ESPT
- Dépend du patient, de la maltraitance, de la relation, de sa volonté de changement, de sa capacité de résilience, de sa culture
- Mettre en place des visites de suivi et informer le médecin de famille

Actions de sensibilisation (Wathem et McMillan, 2013 ; Cochrane review 2009)

- Facilitation pour trouver des foyers et hébergements d'urgence
- Conseil informel et soutien continu
- Conseils de planification de la sécurité
- Service légal et service financier
- Soutien psychologique intensif > 12 heures permet de réduire les VPI et d'améliorer la qualité de vie

Recommandations pour le thérapeute

- Reconnaître les liens entre les symptômes et le traumatisme
- Être attentif aux préoccupations de sécurité
- Envisager d'autres comorbidités
- Reconnaître les problèmes de confiance
- Ne pas pousser la victime à partir
- Faire attention au contre-transfert
- Régulation des affects et aide à la gestion des émotions en toute sécurité (sans alcool)
- La thérapie de couple peut être dangereuse dans les cas d'abus graves

Troubles anxieux et dépressifs

- Fréquents au décours des VPI
- La TCC devrait inclure une exposition traumatique
- Cibler les distorsions cognitives
- Développer une thérapie d'exposition pour l'anxiété en prenant en compte le traumatisme
- Les antidépresseurs de type ISRS/ISRNA peuvent être utiles
- Benzodiazépines seulement pendant une courte durée pour traiter l'anxiété sévère

Etat de stress post traumatique (ESPT) (Référence Maercker et al., The Lancet 2013 ; Bisson et al., 2013)

- L'ESPT fait suite à une exposition à un facteur de stress traumatique
- Le DSM-5 ne répertorie que l'ESPT
- La CIM-11 comprend également le syndrome de stress post traumatique (SSPT) complexe
- L'ESPT et l'ESPT complexe comprennent à la fois la reviviscence, l'évitement et le sentiment de menace
- L'ESPT complexe comprend également la dérégulation affective, une image de soi négative et des perturbations interpersonnelles faisant suite à un facteur de stress sévère ou prolongé

Etat de stress post traumatique (ESPT) (Référence Maercker et al., The Lancet 2013 ; Bisson et al., 2013)

- Les études se sont limitées à la situation post VPI
- La plupart des études incluent des victimes d'autres violences
- Les études sont de mauvaise qualité
- Une revue Cochrane montre l'efficacité dans la prise en charge des VPI de :
 - TCC individuelle centrée sur le traumatisme (TCCCT)
 - TCC non axée sur le traumatisme
 - Désensibilisation et retraitement des mouvements oculaires (EMDR)
 - Ces dernières thérapies sont plus efficaces qu'une liste d'attente ou que d'autres thérapies

La TCC centrée sur le traumatisme (TCCCT)

- Se concentre sur l'évènement traumatique
- Traitement d'exposition imaginaire ou in vivo
- Confronte les distorsions cognitives
- Relative à l'évènement ou à ses séquelles
- Individuelle ou en groupe

Thérapie par EMDR

- Procédure standardisée pour se concentrer simultanément sur :
 - Associations spontanées d'images traumatiques, de pensées, d'émotions, de sensations corporelles et,
 - Stimulation bilatérale habituellement en utilisant des balayages oculaires répétés et horizontaux
- **N'inclut pas** la description détaillée de l'évènement, une confrontation directe des croyances ou une exposition prolongée comme en TCC

Thérapie de l'ESPT (Référence Ahrq, 2013)

- Thérapie d'exposition, thérapies des schémas cognitifs, thérapie cognitive, TCC, EMDR et thérapies d'exposition narrative
- Fluoxétine, paroxétine*, sertraline, venlafaxine
- Topiramate*
- Toutes ces thérapies améliorent à un certain degré l'EPST
- **Réserver** les antipsychotiques au traitement des symptômes psychotiques
- Inhibiteurs adrénergiques non utiles

Troubles liés à l'utilisation de substances (SUD) (Référence Roberts et al. 2015)

- Peut préexister aux VPI ou constituer un mécanisme d'adaptation
- Possible de combiner TCCCT individuel pour les VPI avec le traitement de l'abus de substances
- Réduit la sévérité de l'ESPT et de l'abus de substances
- Les interventions en groupe ne sont pas efficaces

Recommandations de l'OMS (Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, OMS Clinical and Policy guidelines, 2013 ; voir références ci-dessous)

- Mobiliser le soutien social
- Stratégies d'adaptation : documents écrits (sécurité)
- Orientations appropriées (service juridique, hébergement, associations de défense)
- Annuaire des services incluant les foyers
- Services fonctionnant 24h/24 et 7 jours/7 et assistance téléphonique
- Soutien psychosocial & conseil
- Evaluer les problèmes de santé mentale (ESPT, abus de substances, dépression, anxiété, automutilation, sommeil) et orienter convenablement

Ressources utiles

- OMS : répondre à la violence conjugale et sexuelle. Violence à l'égard des femmes : recommandations cliniques et stratégie politique de l'OMS : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
- Traduction française : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88186/WHO_RHR_13.10_fre.pdf;jsessionid=E5900B5F8348E68A9EEFBA373BA229A1?sequence=1
- Manuel clinique de l'OMS « Soins de santé pour les femmes soumises à la violence conjugale et sexuelle » : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/>
- Traduction française : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO_RHR_14.26_fre.pdf;sequence=1

Les auteurs de violences

- Peut avoir été exposé à des VPI ou à des abus pendant l'enfance
- Famille / Société / Croyances qui cautionnent les VPI
- Peut avoir besoin de contrôler son partenaire ou avoir des difficultés à gérer sa colère
- Peut avoir un trouble de personnalité
- Peut avoir un trouble de l'usage de l'alcool ou de l'usage de substances
- Peut-être dépressif, psychotique ou avoir un autre trouble mental
- Peut être atteint de démence ou d'un autre syndrome cérébral organique
- Orienter de manière appropriée vers un autre service ou des soignants compétents
- Importance de ne pas accroître le danger pour la victime !

Que veulent les femmes victimes d'abus ? (Référence Feder, 2006)

- Les soignants en santé mentale doivent écouter et croire les victimes, exprimer leurs préoccupations et ne pas porter de jugement
- Importance d'orienter de façon appropriée la personne vers des services de soins en santé mentale ou somatique, un service juridique, social ou un foyer
- Clarifier le statut juridique : « les VPI sont un crime dans ce pays »
- Alerter sur la nécessité de faire un signalement à la protection de l'enfance le cas échéant
- Discuter de la sécurité de la victime
- Validation émotionnelle et soutien

Les violences sexuelles

Programme éducatif de l'Association Mondiale de Psychiatrie (WPA)
Donna Stewart, University of Toronto, Canada

Traduction française :

Juliette Marty, Heidi Schweinschwall, Florence Thibaut
University Hospital Cochin, Faculty of Medicine Paris Descartes,
INSERM U. 894, Institute of Psychiatry and Neuroscience,
Paris, France
Email: florence.thibaut@aphp.fr

Violence sexuelle

- Tout acte sexuel, toute tentative d'obtenir un acte sexuel, tout commentaire sexuel ou avance non désirés, ou tout acte destiné à faire du trafic ou par ailleurs dirigé contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, réalisé par toute personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans n'importe quel environnement, y compris mais non limité au domicile ou au lieu de travail.

Quelques types de violence sexuelle (Référence OMS 2011)

- Pénétration coercitive du vagin, de l'anus ou de la bouche
- Tentative de pénétration d'un orifice
- Violence sexuelle facilitée par la drogue
- Menaces
- Avances sexuelles non désirées
- Harcèlement sexuel
- Inceste/abus sexuel d'enfant

La coercition (Référence OMS 2011)

- Divers degrés de contrainte
- Intimidation psychologique
- Chantage
- Menaces (de dommages physiques, de non obtention d'un emploi ou d'une promotion, etc.)
- Incapacité pour la victime à donner son consentement (droguée, enivrée, neutralisation de ses capacités mentales)
- Utilisation de la contrainte pour obtenir quelque chose de sexuel que la victime juge dégradant ou humiliant
- Mariage de force ou cohabitation

Auteurs des violences

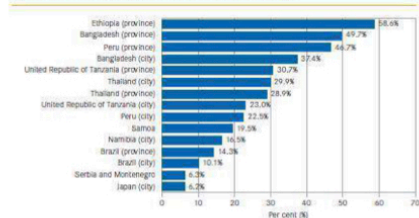
- Un étranger
- Une connaissance
- Un membre de la famille
- Un partenaire intime
- Les combattants pendant ou après un conflit/guerre
- Pendant les crises humanitaires

Prévalence largement sous déclarée

- Systèmes de soutien insuffisants
- Honte
- Risque/crainte de représailles
- Risque/crainte d'être blâmé
- Risque/crainte de ne pas être cru
- Risque/crainte d'être socialement stigmatisé

Prévalence (peut survenir n'importe où) ! (Référence : OMS, 2005)

Percentage of ever-partnered women aged 15–49 years who reported sexual intimate partner violence ever, after the age of 15 years (3)



Légende : Pourcentages de femmes âgées de 15 à 49 ans qui déclarent des violences entre partenaires intimes survenues après l'âge de 15 ans

Mythes concernant le viol (Référence OMS 2005)

- Non veut en fait dire oui
- Les femmes aiment être prises de force
- Elle l'a cherché!
- Elle l'a provoqué (par sa robe, par le lieu fréquenté)
- Les femmes « crient au viol » pour punir les hommes

Abus d'enfant (Référence OMS 2012)

- Sous déclaré
- Prévalence mondiale des abus chez l'enfant : 27% chez les filles et 14% chez les garçons
- Les taux varient grandement mais les abus se produisent dans tous les pays
- Les auteurs sont souvent connus de la victime (famille, voisins, personne de confiance)
- La violence et le harcèlement peuvent survenir à la maison, à l'école ou au travail
- La victimisation dans l'enfance est associée avec un risque accru de devenir agresseur ultérieurement

Modèle écologique de facteurs pour la violence sexuelle (Référence OMS 2012)

- Individu : alcool, drogues, personnalité antisociale, exposition à la violence dans l'enfance, faible niveau d'éducation
- Relation : inégale, partenaires multiples, infidélité
- Communauté : supériorité masculine et acceptation
- Social : peu de sanctions communautaires ou légales

Conséquences sur la santé (Référence OMS 2012)

- Mentale : dépression, anxiété, ESPT, insomnie, somatisation, suicide
- Comportement : risque élevé de dysfonctionnement sexuel et d'abus de substances
- Social : Isolement, évitement
- Physique : MST, VIH, grossesse, traumatisme

Autres symptômes mentaux

- Dissociation (« morcellement »)
- Automutilation
- Troubles du comportement alimentaire
- Colère (distance-protection)
- Problèmes relationnels
- Pensée déformée
- Auto accusation/culpabilité/doute

Réponse médicale aux victimes de violence sexuelle (Référence OMS 2012)

- Soutien psychologique immédiat et surveillance
- Traiter les lésions physiques
- Test de grossesse, contraception d'urgence
- Traitement et prophylaxie des MST
- Envisager la prophylaxie du VIH
- Examen médico-légal/prélèvement d'échantillons
- Services sociaux et juridiques
- Planifier des soins auto administrés
- Accroître la sécurité
- Remplir le dossier avec prudence !

« LIVES » « SAUVE » (Référence OMS)

- **Soutien**: aider la victime à prendre contact avec les services sociaux et le soutien social nécessaire
- **Accroître** la sécurité: discuter des moyens pour se protéger face aux prochains dommages
- **Urgence** de s'enquérir des besoins et préoccupations émotionnels, physiques, sociaux et pratiques
- **Valider** le discours de la victime, montrer que vous la croyez et la comprenez
- **Ecoute** empathique et sans jugement

Prise en charge psychologique (Référence OMS 2012)

- Offrir un soutien à chaque rencontre « LIVES » ou « SAUVE »
- Utiliser si nécessaire des techniques validées pour traiter une anxiété très sévère ou une dissociation
- Aider à renforcer les stratégies positives d'adaptation à une crise (sommeil, activités agréables, etc.)
- Explorer le soutien social et encourager son utilisation
- Psycho éducation
- Montrer des exercices destinés à réduire le stress (respiration, relaxation musculaire)
- Examen de l'état mental
- Diagnostic
- Traitement psychologique et/ou médicamenteux au besoin
- Rendez-vous de suivi pour accroître le soutien

Interventions fondées sur les preuves pour l'ESPT

- Thérapie comportementale et cognitive (TCC)
- TCC axée sur le traumatisme
- Thérapie interpersonnelle (IPT)
- EMDR
- Antidépresseurs de type ISRS peuvent être utiles

Ressource documentaire 4

Vignettes cliniques et points d'enseignement

RESSOURCE 4

Vignettes cliniques et points d'enseignement

Les douze courtes vignettes cliniques suivantes traitent des facteurs communs entre les violences entre partenaires intimes (VPI) et les violences sexuelles (VS) pouvant être rencontrés par les soignants et étudiants en santé mentale. Les patients décrits ont consulté au sein des services d'urgences, de cliniques en santé mentale, de cabinets de généralistes ou encore à l'hôpital local en milieu rural, et ont été reçus par des soignants ayant différents niveaux de formation et d'expertise. Les patients présentés dans ces vignettes se composent de l'épouse d'un maire, d'un étudiant en médecine, d'une femme atteinte de trouble bipolaire, d'un patient suicidaire, d'une personne civile rescapée de guerre, d'une femme en post-partum, d'une femme ayant subi une agression sexuelle, d'une femme homosexuelle, d'un enfant exposé à des violences conjugales et de patients souffrant d'anxiété, de dépression, de trouble de stress post-traumatique ou encore de trouble somatoforme. Chaque vignette est suivie de quelques points d'enseignement comprenant des informations clés, les facteurs de risque, des approches cliniques et thérapeutiques pouvant être utilisées pour orienter la discussion et l'apprentissage.

Évaluation par le service des urgences de la violence entre partenaires intimes

Miriam, l'épouse du maire de la ville âgée, de 28 ans, se présente aux urgences pour une lacération de la main et une contusion de l'œil droit. Elle est en larmes et semble craintive. Son mari rapporte que la main de sa femme a glissé lors de la découpe d'un melon, entraînant la coupure et l'ecchymose. L'étudiant en médecine demande respectueusement mais fermement au mari d'aller s'installer en salle d'attente, cependant celui-ci proteste vigoureusement avant de finalement quitter la pièce.

Ses blessures physiques sont soignées. L'étudiant demande ensuite doucement à Miriam si elle se sent en sécurité ici et pourquoi elle est en train de pleurer. Miriam demande si sa conversation peut être entendue et si elle est confidentielle. Elle est rassurée d'être en sécurité et que l'entretien soit confidentiel. Elle continue de pleurer. L'étudiant demande si elle a peur de quelqu'un et si elle se sent en sécurité à la maison. Elle révèle que son mari s'est violemment mis en colère car son repas n'était pas prêt et l'a alors frappée à l'œil. Elle a tenté d'éviter d'autres coups en brandissant le couteau qu'elle utilisait pour couper le melon mais il s'en est alors saisi et au cours de l'altercation sa main a été lacérée. Miriam rapporte que c'est à ce jour l'épisode le plus grave, mais qu'il est psychologiquement violent et a un comportement de contrôle sur elle depuis environ 2 ans, surtout après avoir bu. Elle rapporte qu'elle se sent anxieuse et déprimée.

L'étudiant l'écoute avec empathie et dit à Miriam d'une manière encourageante et bienveillante que malheureusement les violences physiques et psychologiques entre partenaires intimes sont courantes et touchent environ un tiers des femmes au cours de leur vie. L'étudiant lui dit qu'elle a le droit de se sentir en sécurité chez elle et qu'il existe des choses qu'on peut lui recommander pour l'aider. L'étudiant lui parle des centres d'hébergements locaux, des services sociaux et des services de santé mentale, et lui demande, s'il n'y a pas de danger pour elle, de rentrer chez elle aujourd'hui. L'étudiant discute avec elle des services auxquels elle aimerait avoir accès et l'aide en lui donnant les coordonnées, y compris le numéro de téléphone du centre d'hébergement et des autres services sociaux. Il consigne soigneusement les détails de leur entretien dans le dossier médical. Un suivi avec le médecin de famille de la patiente est organisé avec son autorisation.

Points d'enseignement:

- Réaliser l'entretien consignait l'anamnèse dans un lieu privé sans la présence du partenaire
- Demander ce qui a causé une blessure et soyez attentif aux signes de violences conjugales
- La maltraitance psychologique peut précéder la maltraitance physique
- L'alcool peut désinhiber l'auteur des violences ou rendre la victime moins apte à réagir de manière appropriée
- L'importance d'utiliser le modèle «LIVES» traduit en français par «SAUVE»
- Les blessures et le contenu de l'entretien doivent être soigneusement consignés dans le dossier

- L'orientation vers les services appropriés et le suivi sont importants, il est donc important de dresser une liste des services locaux et de la manière dont la personne peut les contacter en toute sécurité (par voie électronique, par téléphone, par courrier ou en personne)

Consultation aux urgences après des violences sexuelles

Janet, une étudiante en médecine célibataire, âgée de 23 ans, a été amenée au service des urgences par son tuteur de stage qui s'inquiétait car « Janet semblait être absente et peu disposée à parler ou dans l'incapacité à parler pendant la visite du matin ». Le médecin urgentiste a confirmé les observations du tuteur et n'a trouvé aucune anomalie à l'examen clinique ou biologique en dehors d'une réaction excessive aux bruits importants émanant de la salle. Il a ensuite demandé une consultation psychiatrique.

L'interne en psychiatrie a demandé à ce qu'elle soit placée dans un bureau d'entretien privé plus calme et après qu'elle se soit assise, lui a proposé un verre d'eau. L'interne a attendu patiemment quelques minutes puis lui a demandé doucement: « Janet, qu'est-ce qui vous est arrivé ? » Après une minute de silence, une larme se mit à couler sur le visage de Janet, suivie d'un bruyant sanglot. Elle répondit qu'elle était allée dans une boîte de nuit avec d'autres étudiants de sa classe la veille pour fêter l'anniversaire d'un collègue. Une demi-heure après son premier verre de vin, elle a commencé à ressentir des vertiges et des nausées, elle s'est alors rendue aux toilettes des femmes situées au sous-sol. Elle a alors remarqué qu'un serveur du club était derrière elle et fut surprise de voir lorsque, s'approchant des toilettes, celui-ci ouvrit rapidement la porte avant de la pousser brusquement à l'intérieur puis l'a bâillonnée, frappée et violée. Tout en s'enfuyant à l'étage il lui dit: "Si tu en parles à quelqu'un, je te tue." En remontant l'escalier elle a trébuché puis elle est rentrée en titubant jusqu'à son domicile le visage couvert de larmes avant de s'écrouler sur son lit et de s'endormir jusqu'au lendemain matin. Après s'être douchée, elle se rend à son stage à l'hôpital pour la visite du matin.

Points d'enseignement:

- Cette situation illustre un viol, incluant de la violence physique, sexuelle et psychologique
- Les violences sexuelles peuvent arriver à n'importe qui. Quelles personnes sont les plus à risque?
- Drogues et alcool sont des facteurs favorisant le passage à l'acte (drogue du violeur incluse). Quels facteurs influençant ont pu se produire avec Janet?
- Les réactions au traumatisme sont variables (état de transe, mutisme, hypervigilance, agitation, effondrement, etc.)
- Comment poser des questions sur les violences sexuelles de manière empathique? Discuter de l'acronyme «**LIVES**» / «**SAUVE**»
- L'importance de la confidentialité et de la sécurité lors de l'entretien
- Problèmes posés par la confidentialité, le respect des souhaits de la victime et le signalement aux autorités (si celui-ci n'est pas obligatoire)
- Évaluation de l'environnement émotionnel et du soutien

- Quelle prise en charge psychologique devriez-vous envisager?
- Quelles séquelles psychologiques pourraient survenir?
- Connaissance de la législation et des ressources locales
- Mise en place d'un « plan de sécurité »
- Réflexion sur les mesures de prévention concernant la grossesse, les maladies sexuellement transmissibles (MST), l'hépatite C, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et si nécessaire l'indication d'une prophylaxie post-exposition
- Prochaines étapes? Quel suivi ?

Une femme atteinte de trouble bipolaire agressée sexuellement

Vous êtes un psychiatre appelé aux urgences à 12 h 30, pour évaluer une femme de 32 ans, qui a été retrouvée dans un parc par la police et qui, selon eux, aurait été agressée sexuellement. L'équipe médicale l'a déjà vue, a effectué les premiers soins et prélevé des échantillons à des fins médico-légales.

Durant l'évaluation de son état mental, vous constatez qu'elle est impatiente et très irritable. Elle vous dit qu'elle s'appelle Mary et qu'elle est allée au parc tard dans la soirée, pour planter des arbres afin de lutter contre les changements climatiques. Elle se sent investie d'une mission. Elle vous explique que deux hommes qui se trouvaient dans le parc l'ont embêtée et, que lorsqu'elle a protesté, ils l'ont agressée sexuellement. Elle était assise, à moitié nue, sur un banc du parc lorsque la police l'a trouvée avant de l'emmener aux urgences.

Elle est capable de vous décrire ce qui s'est passé, mais semble assez détachée lorsqu'il s'agit d'évoquer des détails. Quand vous lui demandez si elle a déjà consulté en psychiatrie, elle vous dit qu'elle a été hospitalisée deux fois pour une dépression et qu'elle prend des médicaments, bien que de manière assez irrégulière. Elle dit avoir lu des articles sur le changement climatique toute la nuit, et être sortie de chez elle pour aller planter des arbres dans la ville, après avoir regardé une émission télévisée sur les problèmes environnementaux. Elle dit qu'elle aimerait partir pour aller planter plus d'arbres et est incapable de vous donner une adresse personnelle cohérente. Votre jeune collègue assistant se demande si elle n'invente pas toute cette histoire parce qu'elle ne semble pas du tout agitée lorsqu'elle décrit l'agression.

Points d'enseignement:

- Pour quelles raisons les femmes souffrant de maladies mentales graves peuvent-elles être à risque plus élevé de violences sexuelles?
- Les différents types de réactions à la violence sexuelle (état de transe, détachement, mutisme, hypervigilance, agitation, bouleversement)
- Evaluer chez une femme souffrant d'une maladie mentale la compétence juridique. Quelle prise en charge psychologique devriez-vous envisager?
- Quelles séquelles psychologiques pourraient survenir et comment cela pourrait influencer l'évolution de son trouble mental actuel?
- Mettre en place un « plan de sécurité » pour prévenir de tels épisodes à l'avenir
- Réflexion sur les mesures de prévention concernant la grossesse, les MST, l'hépatite C, le VIH et si nécessaire l'indication d'une prophylaxie post-exposition
- Prochaines étapes? Quel suivi?

Pensées suicidaires et violences entre partenaires intimes

Mme G, une économiste âgée de 32 ans, se présente aux urgences accompagnée de son partenaire, pour surdosage en benzodiazépines avec intentionnalité suicidaire.

La psychiatre demande à son partenaire d'aller s'asseoir en salle d'attente et demande à la patiente de lui parler de son histoire personnelle. La patiente est à la tête du bureau régional et s'en sort très bien, sauf qu'elle ne participe jamais aux activités après le travail, en raison du comportement de contrôle de son partenaire. Elle révèle que son père est alcoolique et qu'il battait souvent sa mère tout en étant extrêmement respectueux envers elle (la patiente). Ses parents vivent dans une autre ville et lui rendent rarement visite parce qu'ils n'apprécient pas son partenaire. Elle pense au suicide depuis trois mois, depuis que son partenaire l'a giflée parce qu'elle était rentrée tard à la maison en raison d'un dossier urgent. Elle n'a pas d'amis et se sent très isolée de sa famille. Cet épisode violent est le plus grave d'une longue histoire de reproches, de questions et d'insultes. Le psychiatre lui explique que le comportement de son partenaire n'est pas acceptable, nuisant à sa santé mentale et qu'il pourrait être lié à son envie de mourir. Elle lui indique pouvoir l'orienter vers leur clinique de santé mentale et vers d'autres services (services juridiques, sociaux, etc.) si elle estime qu'elle en a besoin. Le médecin souligne également que la violence est extrêmement courante, qu'elle touche les femmes de toutes classes sociales et de toutes professions, et que ce n'est pas la faute de la patiente.

La psychiatre procède à une évaluation psychiatrique complète et pose le diagnostic d'épisode dépressif modéré à sévère avec idées suicidaires. Elle oriente Mme G vers la clinique psychiatrique pour la poursuite du suivi.

Points d'enseignement:

- Les idées et tentatives de suicides chez la femme peuvent être liées aux violences entre partenaires intimes. Il convient donc de les rechercher chez les femmes présentant des idées suicidaires ou ayant fait une tentative de suicide
- Le manque de soutien social ou familial expose les femmes au risque de violences entre partenaires intimes
- Les antécédents d'exposition aux violences entre partenaires intimes chez les parents sont importants à rechercher (cycle de violence intergénérationnel)
- Les femmes souffrant de dépression, de tendances suicidaires ou d'abus d'alcool doivent être orientées vers une prise en charge conformément aux recommandations actuelles
- Le lien entre les violences entre partenaires intimes, les intentions suicidaires et la tentative de suicide doit être mis en évidence dans le tableau clinique

Consultation pour présentation somatique d'un antécédent de violence sexuelle au sein d'un hôpital en zone rurale

Une femme âgée de 46 ans, vivant en zone rurale, se présente dans un hôpital local pour des douleurs chroniques. L'étudiant en médecine recueille des informations sur ses antécédents par l'intermédiaire d'un traducteur, la patiente parlant une autre langue. Travailler avec le traducteur est difficile car la patiente murmure de manière monotone. La patiente ne regarde pas son interlocuteur dans les yeux mais regarde fixement au loin. Outre la douleur chronique, elle est en bonne santé et ne prend aucun médicament, y compris des analgésiques, car elle ne peut pas se le permettre. L'étudiant demande plus de détails concernant cette douleur. La patiente déclare ne pas se souvenir du moment où la douleur a commencé mais peut seulement dire que cela fait «de très, très nombreuses années». C'est une douleur pelvienne, sourde, qui apparaît et disparaît de manière aléatoire plusieurs fois par mois. Il n'y a pas de facteurs aggravants ou apaisants. L'étudiant lui demande si elle a une activité sexuelle. Elle semble visiblement gênée par cette question et détourne le regard vers le sol.

L'étudiant observe quelques minutes de silence, puis remarque que la patiente a les larmes aux yeux. Il lui tend un mouchoir, parle d'une voix plus douce et demande si elle est actuellement en couple. La patiente acquiesce. L'étudiant lui demande si son partenaire l'a déjà mise en situation de danger, elle secoue alors négativement la tête: son partenaire est gentil et doux avec elle, bien qu'elle ne réussisse pas souvent à avoir des rapports sexuels avec lui. Il lui demande pourquoi, et elle répond que cela lui rappelle des souvenirs. L'étudiant lui demande alors doucement ce que cela lui rappelle, et elle marque alors un temps d'arrêt. Il lui demande à nouveau gentiment, et elle finit par répondre que cela lui fait se souvenir qu'elle a été arrêtée par des soldats alors qu'elle fuyait son village pendant la guerre. Elle a été violée par cinq soldats, l'un après l'autre, puis abandonnée dans un fossé.

Points d'enseignement:

- Prise en compte du contexte et du risque à explorer les problèmes au moment d'aborder les questions liées aux violences sexuelles passées
- Difficulté à utiliser des traducteurs pour des sujets sensibles
- Différentes présentations de tableaux cliniques (somatisation) dans le cadre de violences sexuelles passées
- Séquelles chroniques en lien avec des violences sexuelles passées
- Aide à l'identification des sources de soutien social
- Prise en charge psychologique - y compris par des techniques de réduction du stress

Consultation en service de santé mentale et violences entre partenaires intimes

Un médecin de famille oriente Maria, âgée de 62 ans, vers un psychiatre pour le traitement d'un trouble anxieux et d'un épisode dépressif. Maria change son rendez-vous de consultation trois fois avant de se rendre à votre bureau. Elle est visiblement angoissée lorsque vous lui posez des questions sur sa relation avec son partenaire intime. Quand vous commentez le fait que vous pouvez voir que ce sujet semble la rendre plus anxieuse et qu'il fait apparaître des larmes dans ses yeux, elle répond: «Mon conjoint est très difficile, surtout depuis qu'il a perdu son travail, mais je consulte ici uniquement pour mon anxiété car aucun médicament ne fait effet ». Vous en demandez davantage au sujet de son conjoint et elle vous répond: «Je ne veux pas en parler». Vous lui demandez si elle se sent en sécurité chez elle et elle se met à pleurer en secouant la tête «non». Elle explique que son partenaire est verbalement et parfois physiquement, violent. Vous lui demandez s'il est prudent de rentrer à son domicile ce jour et elle vous répond qu'il est parti à l'étranger pour 10 jours. Vous lui dites que la violence entre partenaires intimes est punie par la loi et que tout le monde mérite de se sentir en sécurité chez soi. Vous lui donnez des informations écrites sur les ressources disponibles au sein de la communauté et mettez en place avec elle un plan de mise en sécurité. Vous prévoyez une consultation de suivi dans une semaine pour discuter plus en détail de sa relation de couple et du traitement de son anxiété et de sa dépression.

Points d'enseignement :

- Les femmes plus âgées peuvent également être victimes de violences entre partenaires intimes
- Le chômage du conjoint est un facteur de risque de violences entre partenaires intimes
- Les motifs de consultation peuvent ne pas mentionner les violences entre partenaires intimes
- Les changements fréquents de rendez-vous sont parfois des indices de violences entre partenaires intimes
- La réticence ou l'anxiété à discuter d'une relation intime peuvent être un signe de violences entre partenaires intimes. Les demandes de renseignements relatives à la sécurité peuvent indiquer des violences entre partenaires intimes
- La mise en place d'un « plan de sécurité » est essentielle: comment conserver en toute sécurité des documents, de l'argent et des vêtements auxquels la victime pourrait avoir rapidement accès si elle doit s'enfuir. Il est essentiel d'identifier des amis de confiance, des membres de la famille ou des centres d'hébergement accueillant des victimes de violences conjugales en situation d'urgence

- Il est essentiel de connaître les lois en vigueur localement concernant les mesures d'éloignement ou toute autre mesure de protection
- Comment traiteriez-vous son anxiété et sa dépression?
- Vers qui pourriez-vous l'orienter ?
- Que consigniez-vous dans son dossier?
- Quels sont les dangers liés au fait de ramener des documents écrits à la maison?

Somatisation et violences entre partenaires intimes

Meena est une femme de 24 ans, qui s'est présentée à la consultation ambulatoire de psychiatrie pour des épisodes de perte de connaissance avec pâleur de résolution rapide. Le médecin de famille et le neurologue ont exclu une épilepsie ou d'autres causes de syncope, et l'ont orientée vers la consultation de psychiatrie. Lors de l'examen, vous notez qu'elle se plaint de fatigue, de courbatures et de douleurs, en particulier de maux de tête. Elle présente des pertes de connaissance, au rythme d'environ une fois par semaine, depuis six mois.

Meena est mariée depuis 5 ans et a un enfant de 4 ans. Elle vit avec son mari, sa belle-mère et une belle-sœur. Quand on lui pose des questions sur le stress qu'elle peut subir, elle hésite un peu à répondre et demande si cette conversation est confidentielle. Elle explique ensuite que sa belle-mère la harcèle, lui reprochant que ses parents n'ont pas donné assez de cadeaux lors de son mariage ou plus tard, lors de la naissance de son fils. Lorsque vous lui demandez si son mari lui apporte un soutien quelconque, elle vous répond que ce n'est pas le cas, qu'il écoute souvent sa mère et la réprimande pour des problèmes mineurs. Il la ridiculise et l'humilie devant des proches, en la qualifiant d'idiote ou de lente, et se moque d'elle. Depuis six mois, il a également commencé à la gifler si elle tarde à lui apporter son repas. Quand vous lui demandez: «Pensez-vous qu'il existe un lien entre les violences que vous subissez et vos pertes de connaissance?» - Elle répond, «Je ne suis pas sûre, mais mon mal de tête s'intensifie quand il crie et il m'a aussi frappée plusieurs fois à la tête.» Vous lui demandez si elle se sent en insécurité à la maison, et elle vous répond que oui mais explique ne pas pouvoir partir pour des raisons sociales. Elle vous dit également que le fait d'être battue de temps en temps est «acceptable» parce que cela se produit dans la plupart des mariages. Vous lui demandez si elle a des blessures et vérifiez s'il existe des symptômes anxieux ou dépressifs, vous recherchez notamment la présence de pensées suicidaires ou les antécédents de tentative(s) de suicide. Vous demandez également quel impact cela a sur son enfant. Vous légitimez les sentiments exprimés en disant "Je pense comprendre ce que vous devez ressentir" et lui montrez que vous la croyez. Vous lui dites ensuite que la violence n'est pas acceptable et que vous ne considérez pas cela comme «normal» dans un mariage et qu'il existe des lois contre les violences conjugales. Vous lui donnez ensuite des dépliants avec les numéros de téléphone des lignes d'assistance et des centres d'hébergement en mentionnant qu'elle peut les lire dans la salle d'attente si elle préfère ne pas les prendre avec elle. Vous lui suggérez également qu'il pourrait exister une relation entre ses émotions et ses symptômes physiques, y compris les pertes de connaissance pour lesquels elle a besoin d'une aide psychologique.

Points d'enseignement :

- Le motif de consultation peut ne pas mentionner les violences entre partenaires intimes
- Des plaintes somatiques multiples et des symptômes dissociatifs peuvent parfois être des signes de violences entre partenaires intimes

- Les violences peuvent être perpétrées par plusieurs membres de la famille
- Envisagez les différents abus possibles lors de la prise en charge de femmes vivant avec la belle-famille
- Tenez compte de l'environnement émotionnel et du soutien disponible
- Les femmes peuvent «rationnaliser» les violences conjugales et se sentir démunies
- Comment établiriez-vous « un plan de sécurité » pour cette femme?
- Comment prendriez-vous en charge ses symptômes somatiques et dissociatifs?
- Quelles références pourraient vous aider?
- De quelle manière son mari pourrait-il être impliqué - quand et comment?

Violence entre partenaires intimes en période périnatale

Votre collègue obstétricien vous envoie Anita, tout juste mère, parce qu'elle a identifié des signes de détresse lors d'une consultation postnatale de routine. Vous découvrez qu'Anita a épousé, contre sa volonté et celle de ses parents, un homme qu'elle a rencontré alors qu'elle travaillait comme opérateur de saisie de données. Vous évaluez les symptômes dépressifs, elle dit alors se sentir triste la plupart du temps et avoir des difficultés à s'occuper de son bébé âgé de deux mois. Quand vous lui demandez si elle a déjà pensé à se faire du mal, elle vous répond, avec hésitation, qu'elle y pense souvent et qu'elle a, une fois, essayé de se pendre avec un vêtement mais qu'elle n'est pas allée jusqu'au bout parce qu'elle ne pouvait pas imaginer l'idée d'abandonner son bébé qu'elle aime beaucoup.

Vous lui posez des questions sur d'éventuels problèmes à la maison et elle mentionne que son mari, qui était au début de leur rencontre très attentionné, est devenu de plus en plus violent. Il boit souvent et la bat. Il l'empêche également d'aller chez sa mère et lui a retiré son téléphone portable pour qu'elle ne puisse plus contacter ses parents. Cela s'est produit après que ses parents l'aient interrogé sur sa consommation d'alcool et son comportement violent. Il ne donne pas d'argent pour les traitements du bébé et ne veut pas non plus qu'elle retourne travailler. Le changement de comportement de son mari a commencé pendant sa grossesse, mais cela s'est intensifié depuis la naissance du bébé. Sa belle-mère et son mari font souvent part de leur déception que le bébé soit une fille et qu'elle pleure «trop».

Points d'enseignement:

- Les violences entre partenaires intimes pendant la grossesse et la période postnatale ne sont pas rares
- Une femme en post-partum peut se sentir surchargée, vulnérable et déçue de l'arrivée du bébé pour diverses raisons
- Nécessité d'évaluer les différentes formes de violences psychologiques et de comportements de contrôle – dans ce cas « la blâmer d'avoir eu une fille ou lui retirer son téléphone portable »
- Les liens entre violence entre partenaires intimes, automutilation et suicide. Comment prévenir le risque d'automutilation?
- Nécessité d'élaborer immédiatement un plan de sécurité en raison du risque d'automutilation
- Problèmes culturels liés au patriarcat, au sexe de l'enfant, à la nature du mariage et au rôle des beaux-parents
- Comment allez-vous renforcer le soutien et encourager Anita à s'orienter vers des services d'aide ?

- Quels sont les facteurs de protection possibles dans sa situation?
- Comment allez-vous traiter la dépression dans cette situation?
- Rôle bénéfique probable des visites à domicile d'infirmières abordant la question de la dépression, de la garde d'enfants, de la question du sexe du bébé pendant la grossesse (et non après l'accouchement)
- Effet d'un allongement du congé paternité dans l'implication du père dans les soins et l'attention envers l'enfant

Les étapes du changement amenant à la révélation de violences entre partenaires intimes

Une femme de 45 ans est orientée vers un psychiatre consultant pour «épisode dépressif résistant au traitement» après que son psychiatre précédant l'ait traitée sans succès pendant 2 ans. La femme a d'abord nié tout antécédent de violence, mais à la fin du premier entretien demande: "Cela inclut-il les abus par un ancien partenaire?" Alors que le psychiatre acquiesçait, la patiente répondit : "Je m'interrogeais sur ce point, mais j'ai besoin de plus de temps pour réfléchir. » Lors de son second rendez-vous, le psychiatre lui propose de discuter de cette précédente déclaration et, après avoir été rassurée sur le fait que les informations étaient confidentielles, elle révèle alors trois années de violences psychologiques, de menaces et de harcèlement de la part de son ex-partenaire.

Points d'enseignement:

- On retrouve les stades du changement de Prochaska et DiClemente dans la révélation des violences entre partenaires intimes: pré-contemplation, contemplation, détermination, action, maintien, résilience
- Les patients peuvent ne pas divulguer les violences entre partenaires intimes lors du premier rendez-vous ou lors des premiers entretiens
- Les patients peuvent être plus disposés à divulguer des violences entre partenaires intimes /sexuelles lorsqu'ils font confiance à leur psychiatre, se sentent en sécurité et rassurés au sujet de la confidentialité de l'entretien
- Les ex-partenaires peuvent poursuivre les violences entre partenaires intimes après la fin de la relation, y compris à travers le harcèlement
- L'évaluation et le traitement de la dépression et de l'anxiété devraient inclure une discussion sur les violences entre partenaires intimes et son lien possible avec les symptômes

Traitement du syndrome de stress post-traumatique après des violences sexuelles (ou des violences entre partenaires intimes)

Un médecin de famille oriente vers un psychiatre communautaire une femme de 25 ans qui a été violée par un ex-partenaire il y a 6 mois, pour des souvenirs intrusifs de l'agression, des rêves de détresse, des flashbacks, des évitements du fait de se retrouver seule, de la tristesse, de l'anxiété, des troubles de la concentration, de l'hypervigilance et une incapacité à travailler. La femme se portait bien auparavant et n'a pas d'antécédents psychiatriques.

Points d'enseignement:

- Quel est le diagnostic « provisoire » le plus probable et quels sont les diagnostics différentiels?
- Si le diagnostic retenu est celui de syndrome de stress post-traumatique (EPST) simple ou complexe (CIM-11), quel traitement est indiqué?
- La thérapie cognitivo-comportementale (TCC), qui met l'accent sur le traumatisme (par exemple, la thérapie d'exposition) et l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR) sont des traitements de choix
- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) / inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline (IRSNA) peuvent être utiles, contrairement aux benzodiazépines
- Les techniques de gestion du stress peuvent être utiles
- Quelles informations le compte-rendu de la consultation devrait-il mentionner?

Les violences entre partenaires intimes au sein d'un ancien couple de partenaires de même sexe

Marie, une femme célibataire âgée de 36 ans, est orientée vers un psychiatre pour des symptômes d'anxiété chronique évoluant depuis 3 ans sans réponse aux traitements. Lorsqu'on l'interroge sur ses relations passées, elle raconte avoir quitté une partenaire de même sexe dominante et violente verbalement il y a deux ans, mais cette ancienne partenaire continue à la harceler par téléphone au travail ainsi que sur internet et la suit parfois sur le chemin du travail. Cette ex-partenaire menace également de publier des photos intimes d'elle sur internet. Marie travaille pour une entreprise très conservatrice et craint que son ex-partenaire ne dévoile son passé homosexuel.

Points d'enseignement:

- Les ex-partenaires peuvent commettre des actes de violences entre partenaires intimes
- La violence entre partenaires intimes peut se produire au sein de relations hétérosexuelles et homosexuelles
- Le harcèlement et la traque sont des formes de violences entre partenaires intimes
- La menace de publier des photos intimes ou des détails personnels d'une relation sexuelle par un ex-partenaire ou un partenaire actuel (sans la permission de la femme) sont des formes de violences entre partenaires intimes
- Un environnement conservateur et homophobe peut décourager la divulgation de violences entre partenaires intimes au sein de relations entre personnes du même sexe

Enfants exposés à la violence entre partenaires intimes

Stephen, un garçon de 8 ans en CE2, était souvent impliqué dans des bagarres à l'école. Il présentait des difficultés scolaires, mais refusait de rester après les cours pour l'aide aux devoirs. Sa mère l'avait emmené chez un pédiatre qui avait diagnostiqué un trouble hyperactif avec déficit de l'attention (TDAH) et lui avait prescrit un traitement stimulant. Les problèmes de Stephen s'étaient aggravés et il avait été convoqué dans le bureau du directeur le lendemain du jour où il avait blessé un autre enfant. Le frère cadet de Stephen, Edward, avait commencé à présenter des difficultés similaires. Le pédiatre avait dirigé les deux enfants vers une consultation au sein d'une clinique ambulatoire de psychiatrie.

Quand Stephen et Edward se sont rendus à la consultation avec leur mère, elle a dit que son partenaire, le père des enfants, travaillait de nuit et n'était pas en mesure de venir la journée pour assister à un rendez-vous. Au cours d'un entretien individuel avec la mère, elle s'est excusée du fait que son conjoint ne puisse venir au rendez-vous, mais a insisté pour que personne n'essaie de le contacter. Lorsque ce dernier était évoqué, la mère semblait tentait de se maîtriser et avait un mauvais contact visuel.

La mère a été interrogée sur les relations au sein de la famille. Elle expliquait alors que son conjoint avait du caractère, mais que la plupart du temps, il se comportait bien sauf lorsqu'il avait trop bu de bière. Lorsqu'on lui demandait si elle était inquiète pour la sécurité d'un des membres de sa famille, elle répondait qu'elle faisait très attention à ce que son partenaire ne soit jamais seul avec les enfants. Lorsqu'on lui posait la question de sa propre sécurité, la mère avouait avoir été frappée deux fois à la tête et qu'il ait jeté le téléphone contre elle, mais elle n'avait jamais été blessée. Lorsqu'on lui demandait si Stephen et Edward avaient pu être témoins de ces situations, la mère expliquait s'être assurée qu'ils ne fussent jamais au courant des problèmes entre elle et leur père.

Stephen et Edward ont été interrogés individuellement par un pédopsychiatre. Stephen a initialement refusé de répondre aux questions, mais quand on lui a demandé s'il était inquiet pour certains membres de sa famille, il a dit qu'il craignait tout le temps que sa mère ne soit blessée pendant qu'il était à l'école. Edward a expliqué que Stephen s'occupait de lui et lui préparait son petit déjeuner le matin, sa mère dormant habituellement à l'heure où ils partaient pour l'école.

Points d'enseignement :

- Les problèmes de comportement, y compris les symptômes de trouble déficit de l'attention hyperactivité (TDAH) chez les enfants, peuvent être associés à l'exposition aux violences entre partenaires intimes entraînant une anxiété accrue ou un trouble de stress post-traumatique

- Importance d'évaluer tous les types de maltraitance
- Techniques d'entretien pour aborder les situations à la maison, individuellement, avec chaque membre de la famille
- L'abus d'alcool est un facteur de risque de violences entre partenaires intimes
- Certains types de violences entre partenaires intimes ne sont parfois pas reconnus comme tels par la victime
- Demander aux enfants de décrire leurs expériences quotidiennes au sein de la famille afin d'identifier les problèmes souvent associés aux violences entre partenaires intimes, tels que la négligence
- Le parent victime de violences a souvent tendance à sous-estimer la probabilité que leur enfant ait pu être témoin de violences
- Importance de s'assurer de la sécurité de chaque membre de la famille
- Nécessité d'évaluer les soins et l'attention que chaque enfant reçoit au sein de sa famille
- Discussion sur l'aide à apporter à la mère et aux deux enfants : l'une des priorités est de ne pas compromettre sa sécurité, mais de l'aider à comprendre les liens entre les problèmes de ses enfants et leur exposition aux violences conjugales
- Prochaines étapes? Quel suivi?

Ressource documentaire 5

**Vidéos basées sur des vignettes
d'apprentissage**

RESSOURCE 5

Vidéos d'enseignements basées sur les vignettes d'apprentissages concernant les violences entre partenaires intimes

Vidéo 1 – Cette vidéo d'enseignement est utilisée avec l'autorisation du Dr. Raed Hawa, coordonnateur des programmes de premier cycle, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Canada.

Lien web: <https://youtu.be/A2ZbG6q3FbA>

Vidéo 2 – Cette vidéo d'enseignement est utilisée avec l'autorisation du Dr. Prabha Chandra, professeur de psychiatrie à l'Institut national de la santé mentale et des neurosciences, Bangalore, Inde.

Lien web: <http://www.perinatalpsynimhans.org/video-resources.html>