



## Recognizing and Responding to Intimate Partner Violence: An Update

Donna E Stewart, MD, FRCPC<sup>1</sup>; Harriet MacMillan, MD, MSc, FRCPC<sup>2</sup>; Melissa Kimber, PhD, MSW, RSW<sup>3</sup>

*This position paper has been substantially revised by the Canadian Psychiatric Association's (CPA) Professional Standards and Practice Committee and approved for republication by the CPA's Board of Directors on January 30, 2020. The original position paper,<sup>1</sup> now an historical document, was first approved by the Board of Directors on December 13, 2012.*

Intimate partner violence (IPV; also known as domestic violence) refers to behaviour by an intimate partner or ex-partner that can cause or causes physical, sexual or psychological harm. These behaviours include physical aggression, sexual coercion, psychological abuse and controlling behaviours.<sup>2</sup> Stalking and financial abuse have now been included in the list of IPV behaviours by some authorities.<sup>3</sup>

The Centers for Disease Control and Prevention has provided definitions and examples of four major types of IPV.<sup>4</sup> Physical IPV includes hitting, choking, shaking, biting, shoving, grabbing, slapping, burning, scratching, hair pulling and the threat of or the use of a weapon or

restraints, as well as other aggressive physical acts. Sexual IPV includes forced sexual acts or attempts including acts committed when a partner is unable to give informed consent due to alcohol, drugs or mental incapacity. Sexual IPV may involve exploitation of economic or immigration vulnerability, intimidation or false promise (to marry), as well as sexually based degradation or threats. Psychological IPV includes the use of verbal and non-verbal communication to harm another person mentally or emotionally and/or exert control over their behaviours or decisions. Examples include expressive aggression (degradation, belittling, humiliation), mind games, exploitation of vulnerability, control of reproductive or sexual health, threats of

<sup>1</sup> University Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada; Head of Research and Academic Development, Centre for Mental Health, Senior Scientist, University Health Network, Toronto, Ontario, Canada; Ethics and Review Committee, World Psychiatric Association, Geneva, Switzerland

<sup>2</sup> Distinguished University Professor, Departments of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, and Pediatrics, and Chedoke Health Chair in Child Psychiatry, Offord Centre for Child Studies, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences and Core Member of the Offord Centre for Child Studies, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

© Canadian Psychiatric Association, 2020. All rights reserved. This document may not be reproduced in whole or in part without written permission of the CPA. Members' comments are welcome and will be referred to the appropriate CPA council or committee. Please address all correspondence and requests to: President, Canadian Psychiatric Association, 141 Laurier Avenue West, Suite 701, Ottawa, Ontario, Canada K1P 5J3; Tel: 613-234-2815; Fax: 613-234-9857; email: [president@cpa-apc.org](mailto:president@cpa-apc.org). Reference 2020-62.

Suggested Citation: Stewart DE, MacMillan H, Kimber M. Recognizing and responding to intimate partner violence: An update. *Can J Psychiatry*. 2021;66(1):74-109.

Note: It is the policy of the Canadian Psychiatric Association to review each position paper, policy statement and clinical practice guideline every five years after publication or last review. Any such document that has been published more than five years ago and does not explicitly state it has been reviewed and retained as an official document of the CPA, either with revisions or as originally published, should be considered as a historical reference document only.

violence to people or pets, as well as coercive control; the latter includes limiting access to money, friends or family, excessive monitoring, or threats of harm to self or others.<sup>4,5</sup> Stalking IPV consists of repeated unwanted attention that causes the person to fear for their personal safety or the safety of someone they know.<sup>6</sup> Examples include watching or following, repeated phone or electronic messages, spying, leaving gifts or threatening objects for the partner/ex-partner, or damaging a current or former partner's property.<sup>5</sup>

IPV can occur across genders and the term “intimate partner” does not require that individuals exposed to this form of violence have a history of sexual intimacy or a marital relationship.<sup>2,7</sup> Although IPV can occur in any intimate relationship, including dating relationships, it disproportionately affects women and gender/sexual minorities but can also be directed toward men. IPV has also been called family violence, domestic violence or spouse abuse, but these terms are less specific, and some include violence against children in the categories of family or domestic violence, which can be confusing. When IPV is directed toward women, the terms wife abuse, wife battering or wife assault are often used. All of these terms have in common an understanding of violence as an expression of power, control and domination enacted through a range of behaviours that often escalate, especially after the relationship has ended.<sup>5</sup> IPV is a violation of human rights that can result in serious mental and physical health impairment including death. IPV is an underrecognized problem that can have an enormous impact on the health and well-being of women, men and children. It is a major public health and social problem globally that results in significant personal, health, economic and social costs.<sup>3,5,8</sup> One study estimated that the costs arising as a result of IPV experienced by women aged 19 to 65 years who have left their partners are \$7.2 billion annually for Canada.<sup>9</sup>

This paper discusses the epidemiology of IPV (including special populations and situations), risk indicators, health impacts, as well as approaches to identification, assessment, documentation, intervention, prognosis, prevention, education and research. We also provide recommendations for best practice in psychiatry. In general, this paper highlights key findings and common themes from the highest quality evidence available internationally, with a special focus on Canadian data. The Canadian Psychiatric Association (CPA) previously incorporated IPV in its 1992 Guidelines for the Evaluation and Management of Family Violence,<sup>10</sup> and they published a position paper on IPV in 2013,<sup>1</sup> but new

information and resources require an update on this topic.<sup>2,11-13</sup>

As IPV is associated with a broad range of health problems experienced by patients seen by psychiatrists, including depression, anxiety disorders, posttraumatic stress disorder (PTSD), chronic pain, eating disorders, sleep disorders, psychosomatic disorders, alcohol and other substance use disorders, suicidal and self-harm behaviours, personality disorders (such as borderline and antisocial), nonaffective psychosis and health risk behaviours, the rationale for this position paper is clear.<sup>14</sup> IPV should be of vital interest to mental health professionals and, more specifically, psychiatrists.

## Epidemiology

### *Self-report Data*

IPV occurs in all countries, cultures, religions and socioeconomic groups in the world. Generally speaking, IPV is a gendered phenomenon as women are disproportionately affected by IPV. However, evidence indicates that IPV may be perpetrated by men toward women, women toward men, and in same-sex relationships. It may occur in marriage, common-law relationships, cohabitation or any intimate relationship including dating. In general, most data have focused on IPV perpetrated by men against women in heterosexual relationships as discussed in the following sections. The literature shows that the extent of IPV varies greatly across countries. Attempts to make comparison between Canada and other nations are difficult due to differences in IPV definitions, survey methods and measurement, including the reference period of IPV exposure (e.g., lifetime vs. previous 12 months, lifetime vs. current relationship). The best available cross-country comparison of IPV rates comes from the 2000–2003 World Health Organization's Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women, though data from Canada were not collected. Prevalence data for 10 countries show significant variation in women's lifetime of exposure to physical and/or sexual violence by a current or former male intimate partner; estimates of prevalence ranged from 15 per cent to 71 per cent among ever-partnered women. In all sites but one, women were more at risk of violence from a partner or ex-partner than from violence by other people. There were also significant differences in IPV exposure across rural versus urban areas, with higher IPV rates usually reported by women residing in rural regions.<sup>15</sup>

In Canada, national data on IPV reported by men and women were first collected by Statistics Canada in its population-based 1999 General Social Survey (GSS), which is a quinquennial survey of the violence and victimization experiences of Canadians aged 15 and over.<sup>16</sup> In 1999, almost equal proportions of men (seven per cent) and women (eight per cent) reported being a victim of physical abuse in intimate relationships in the previous five years.<sup>16</sup> In 2009, 11.9 per cent of the GSS sample reported exposure to either physical/sexual IPV, emotional IPV or financial control/abuse. Data for 2014 showed reduced rates of exposure to physical or sexual IPV, with four per cent of Canadians aged 15 and over reporting one or both of these forms of IPV in the previous five years, with no difference between men and women.<sup>17</sup> Fourteen per cent of Canadians aged 15 or over said they had experienced emotional or financial abuse from a spouse or common-law partner sometime in the past.<sup>18</sup> Importantly, the most serious types of IPV, including sexual assault and being beaten, choked, threatened with a knife or gun, were reported by 25 per cent of abused Canadians, with women twice as likely as men.<sup>18</sup> Women victims were also more likely than men to have a physical injury (40 per cent vs. 24 per cent), to have experienced attempted murder or death (0.2 per cent of victims but 78 per cent were women) and are more likely to experience PTSD following IPV.<sup>18</sup>

### *Canadian Crime Data*

Annual administrative data from the Canadian Homicide Survey and the Canadian Uniform Crime Reporting Survey (UCRS) provide compelling insights about the extent of IPV reported to Canadian police services. Generally speaking, police-reported IPV is much lower than self-reported IPV. In 2016, 79 per cent of IPV cases reported to police; women are the identified victims, and the majority of individuals charged in these cases are men (80 per cent).<sup>19</sup> Although majority of police-reported IPV (82 per cent) involves opposite-sex partnerships where females are victims and males are the perpetrators, approximately 55 per cent of police-reported same-sex IPV involves male partnerships.<sup>20</sup> In addition, violence within current or former spousal or dating relationships was the most common form of violence reported to police by females in 2017, with women and girls accounting for nearly 8 in 10 reports of IPV that year. With respect to youth, in 2010, approximately one per cent of police-reported cases of dating victimization involved youth aged 12 to 14 years; approximately 93 per cent of these victimization reports were made by females, and 52 per cent of the reports involved sexual assault.<sup>21</sup> In 2017, 15,535 females aged 15 to 24 years reported dating

victimization to Canadian police services: 19 per cent and 11 per cent of these reports were in reference to a current versus a former dating partner, respectively.<sup>22</sup> Notably, these gender-specific findings have remained consistent across iterations of the UCRS.<sup>19</sup> Threats, name calling, limiting contact with family or friends were reported by eight per cent of women and six per cent of men.<sup>6</sup> It is important to note that many incidents of IPV are not reported to police out of shame, embarrassment, denial, fear of not being believed, fear of rejection or retaliation, or believing the abuse to be their fault. Risk factors for dating violence include past abuse, beliefs and attitudes, lower relationship skills, drinking and drug use, peer influences and pornography.<sup>23</sup>

### *Bilateral (i.e., Common Couple) Violence*

Historically, there has been the stereotype of the abusive male who uses severe and unilateral violence against a nonviolent female victim. It is now recognized that bilateral violence is more common than previously recognized, although women experience the overwhelming burden of morbidity and mortality associated with violence in intimate relationships.<sup>24</sup> Bilateral violence, otherwise referred to as common couple violence, is considered less serious than the pattern of violence known as battering or intimate terrorism—which is a severe and often escalating form of IPV characterized by threats and multiple forms of violence and controlling behaviour by the abusive partner. Research suggests that women are most often subjected to battering by male perpetrators.<sup>24</sup> Canadian women are more likely than men IPV victims to experience sexual offences (88 per cent), criminal harassment (76 per cent) and indecent and harassing communications (72 per cent).<sup>6</sup> In the 2014 GSS, stalking (one form of criminal harassment) was self-reported by six per cent of Canadians; 21 per cent of these reports involved a current or former intimate partner. Among those who reported stalking, women were the disproportionate victims. Compared to men, women's exposure to stalking is more likely to occur in parallel with exposure to violence after a spousal relationship had ended. Threats or intimidation, repeated obscene or silent phone calls were common, but the greatest increase in reported IPV behaviour between 2004 and 2014 was in unwanted emails, texts or social media messages.<sup>6,11</sup> These ongoing forms of IPV continue to have significant health and economic impacts on women.<sup>25-30</sup> The 2018 report on Gender-Based Violence and Unwanted Sexual Behaviour in Canada, although not focused on intimate partner relationships, reported that 32 per cent of women and 13 per cent of men experienced unwanted sexual behaviour in public

including unwanted sexual attention, physical contact or comments about their sex or gender.<sup>31</sup>

Despite more severe exposure and impacts for women, physical abuse, as well as psychological abuse, is also experienced by men. However, the context in which these acts occur has not been assessed, and evidence indicates that within heterosexual relationships, both sexes are sometimes perpetrators. Men have reported bruises, abrasions, genital injuries, minor head trauma, lacerations and internal injuries, as well as that their exposure to IPV leaves them feeling emasculated, marginalized, shamed and embarrassed. According to male victims, their reports of abuse are often met with skepticism or disbelief by medical and legal professionals, as well as friends and neighbours.<sup>32</sup> This disbelief was most marked for sexual IPV, as many people were unaware that erection and ejaculation could sometimes be caused by fear, anger or pain and not only by consensual sexual arousal.<sup>33</sup>

### *Special Populations and Situations*

**Cultural factors.** Deep-seated values about the relative priority of one's own goals and autonomy (individualism) and those of the society (collectivism) to which one belongs are thought to be related to IPV rates. Collectivist cultures that are also patriarchal have rigid gender roles, subscribe to men's control of women's behaviour, link masculinity to dominance, control, honour and aggression and are suggested to condone the use of violence as a way of resolving conflict in intimate relationships.<sup>34-37</sup> Similarly, qualitative research with women residing in communities with collectivist cultures report being urged to endure rather than reject IPV, as a way of preserving cultural values, the family and honour. A recent meta-analysis examining cultural or structural factors in the risk for IPV reports emerging longitudinal, quantitative evidence supporting these claims.<sup>5,38</sup>

**New immigrants.** Migrant populations in Canada—which include immigrants and refugees—face the same types of IPV as their non-migrant peers, but additional challenges related to their migration status—including a fear of deportation, loss of refugee status, social isolation, threats of forced marriage, inability to speak either of the official languages, economic exclusion or collectivist or religious values that support and privilege men's power and keeping the family together or not disclosing “private matters”—may prevent these individuals from reporting their abuse exposure in surveys or to the police. While community-based studies of IPV involving immigrants from certain countries indicate high rates of abuse, the extent to which these rates differ from non-migrants is

inconclusive.<sup>39</sup> Methods, measurement issues, access and acceptance of some types of IPV among immigrant/refugee groups make prevalence comparison difficult.<sup>40,41</sup>

**Indigenous peoples.** First Nations, Metis and Inuit (collectively referred to as “Indigenous”) people account for 4.9 per cent of the total Canadian population.<sup>42</sup> Evidence from the 2014 GSS as well as national crime data indicate that Indigenous individuals are more than twice as likely as their non-Indigenous counterparts to report exposure to physical IPV in the last five years (nine per cent vs. four per cent). In addition, Indigenous women were three times more likely to report IPV compared to non-Indigenous women (10 per cent vs. three per cent), but no difference was found between Indigenous and non-Indigenous men. Indigenous people who experience IPV are also more likely than non-Indigenous people to suffer the most serious forms of IPV, such as being beaten, choked, threatened with a weapon or sexually assaulted (52 per cent vs. 23 per cent). Indigenous people are also more likely to report childhood exposure to abuse or neglect by an adult caregiver (40 per cent), a factor known to be associated with later spousal abuse. Indigenous individuals were also more likely as a child to have been exposed to IPV committed by a parent, step-parent or guardian.<sup>11,42</sup> A seminal eight-wave longitudinal study including data from youth aged 15 to 19 years who were living on one of the seven reservations/reserves located in the United States and Canada reported that 31 per cent of youth had already experienced physical IPV in their lifetime.<sup>43</sup> The dynamics of IPV and dating violence in Indigenous communities has been linked to colonization, structural violence, poverty, racism, discrimination, residential schools, foster care, alcohol and substance use disorders, and loss of traditional ways and culture.<sup>44</sup>

**Psychiatric patients.** Higher rates of IPV have been found among women in out- and in-patient psychiatric services in several countries.<sup>14,45-47</sup> A systematic review and meta-analysis of 41 studies found increased odds ratios of lifetime IPV in women with depressive disorders (2.77), anxiety disorders (4.08) and PTSD (7.34), compared with women without mental disorders. Individual studies reported increased odds ratios for both women and men for all psychiatric diagnostic categories, including psychoses, with a higher prevalence reported for women. Few longitudinal studies were found; thus, the direction of causality could not be determined.<sup>14</sup>

*Gender and sexual minorities.* There has been a long-standing lack of data on Canadian IPV prevalence among lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, questioning, intersex and two-spirited (LGBTQQI2S) individuals. While some of these gaps are beginning to be addressed, many remain. In 2016, Statistics Canada reported that about one per cent of all legally married and common-law couples in Canada had same-sex spouses, similar to data in the United Kingdom and Australia.<sup>11</sup> Individuals who self-reported as lesbian, gay or bisexual were twice as likely to report spousal violence as heterosexual couples (eight per cent vs. four per cent). In dating relationships, the double prevalence of IPV in same-sex partners compared to heterosexual partners has remained stable for the last five years (18 per cent vs. nine per cent), with an even higher prevalence among lesbian/bisexual women compared to male counterparts (23 per cent vs. 11 per cent).

Police-reported violence among same-sex intimate partners in Canada between 2009 and 2017 revealed that these incidents represented three per cent of all reported incidents of IPV.<sup>20</sup> Over 55 per cent of police-reported same-sex IPV involved male partners. Major assault and use of a weapon were also more common among men (18 per cent compared to 12 per cent in women). Homicides involving same-sex partners represented five per cent of all IPV homicides over this time period. Rural victims of same-sex IPV (35 per cent of all same-sex IPV cases) were more likely to request that no further action be taken against the accused. Gender stereotypes about violence and mutual violence as well as social stigma may be factors in these decisions.<sup>20</sup> Some unique risk factors, such as the threat of outing, disclosure of human immunodeficiency virus (HIV) status, social stigma and the lack of emergency shelters for sexual minority victims, have been identified.<sup>48</sup>

A Canadian survey on IPV of 7,918 respondents in the workplace found that 8.5 per cent reported gender/sexual minority status.<sup>49</sup> Gender/sexual minority participants were significantly more likely to report IPV and that it continued at or near their workplace, negatively impacted their work performance and their co-workers. They also reported poorer mental health and quality of life. Some labour unions and provincial governments have supported paid domestic violence leave policies. A U.S. study found 51.8 per cent of transgender individuals reported lifetime IPV compared to 34.2 per cent of cisgender individuals. LGBTQQI2S people generally experience higher rates of all forms of IPV.<sup>50,51</sup>

*People living with disabilities.* People living with disabilities are not a homogeneous group; Statistics

Canada recognizes four categories of disability (sensory, physical, cognitive and mental health), all of which may vary in severity and interact with numerous other sociodemographic characteristics to impact an individual's risk for exposure to IPV.<sup>52</sup> Compared to men, women have a higher reported prevalence of disability that limits their daily activities (14.9 per cent vs. 12.5 per cent) and approximately 23 per cent of women and 22 per cent of men who live with a disability report IPV exposure in the last five years (a rate much higher than those living without a disability). Of those who experienced spousal abuse, 39 per cent of women living with a disability report the most severe forms of abuse compared to men (16 per cent). Unique experiences of people living with a disability related to IPV include the abusive partner restricting the individual's access to mobility aids, medication or medical technologies. Data from Statistics Canada indicate that emotional or financial abuse by a partner is reported by 22 per cent of women and 21 per cent of men living with disabilities. Women living with a cognitive disability reported some form of IPV exposure more often than their male counterparts (43 per cent vs. 27 per cent), and this was most evident for physical or sexual assault (16 per cent vs. 9 per cent), respectively.<sup>52</sup>

*Perinatal period.* IPV may begin, escalate or decrease during pregnancy or the postpartum year. Canadian studies report IPV rates between six per cent and 10.5 per cent during pregnancy. Risk factors for perinatal IPV exposure include prior abuse, age under 20 years, low income, single status, stressful life events, depression, substance and alcohol use.<sup>53,54</sup> IPV exposure was four times more likely to be reported by women if the pregnancy was unplanned or unwanted.<sup>55</sup> IPV exposure during pregnancy is associated with adverse neonatal and maternal health, including maternal depression.<sup>56</sup> Of particular note, evidence indicates that IPV exposure among women tends to increase after the baby is born.<sup>57</sup>

*Alcohol use by IPV perpetrators and victims.* Alcohol use increases the occurrence and the severity of IPV.<sup>58-60</sup> It directly affects cognitive and physical function, reduces self-control and leaves people less capable of negotiating a nonviolent resolution to conflicts within relationships.<sup>61</sup> Excessive drinking by one partner can exacerbate stress related to financial difficulties, childcare problems, infidelity<sup>62</sup> or other family stressors, creating relationship tensions and conflicts and increasing the risk of IPV.<sup>63</sup> Alcohol use may also reduce the abused partner's ability to perceive, resist or escape from IPV. Experiencing IPV can lead to alcohol consumption as a method of coping or self-medicating.<sup>64</sup> However,

individual and societal beliefs that alcohol causes aggression can encourage violent behaviour after drinking, and alcohol may be used as an excuse for violent behaviour.<sup>65</sup> It is likely that other types of substance use also lead to higher prevalence rates of IPV, but reliable data are lacking.

**Poverty.** Although IPV can and does occur across all socioeconomic groups, it occurs most often among people living in poverty.<sup>66,67</sup> This may partly reflect the greater power, higher education and more options available to escape violent relationships among higher-income people, as well as the general life stress caused by insufficient financial resources.

**Senior age.** Better data are now available for Canadians who are 65 years of age or over and who experience IPV, including neglect, physical, sexual, emotional and financial abuse.<sup>68</sup> It is estimated that only 20 per cent of incidents among this age group are reported to police due to language, culture, health, transportation and technology barriers. Police reports of violence against seniors reveal that victimization by a spouse was the most common type of abuse (33 per cent) for women, while victimization by a child was the most common abuse reported by men (34 per cent).<sup>68</sup> Family-related homicides against seniors have risen, with a spouse being the perpetrator for 50 per cent of women victims and eight per cent of men victims.<sup>68</sup> Abusers may be socially isolated, stressed or suffer from a mental illness or substance use disorder. Dementias or other brain dysfunction may be major factors, as cognitive dysfunction along with sensory impairment may lead to deterioration in reality testing and paranoid ideation. Frontal lobe disturbances may result in a lack of normal inhibition, with little apparent remorse or insight after IPV. It is important to remember that older people can be aggressive, violent or dangerous. However, IPV perpetrated in old age is often regarded less seriously. In addition, more sympathy tends to be extended to the perpetrators because of their perceived physical frailty or infirmity, which complicates the ability to estimate the true prevalence and consequences of IPV in older individuals.<sup>69</sup>

## Risk Indicators

Many Canadian studies, including national, population-based surveys, have shown a fairly consistent pattern in demographic, relationship- and partner-specific indicators for exposure to IPV, including a young partner, being in a common-law (rather than legally married)

relationship or separated; being in a relationship with an un- or underemployed partner, low economic status, high stress and abuse of alcohol or other substances.<sup>5</sup> International studies have identified personality disorders, psychosis, depression, marital conflict and poor family functioning as factors associated with a man's risk for abusing his partner.<sup>5</sup> Marked jealousy, hostile-dependency, low self-esteem, low assertiveness, emotional inexpressiveness, and social and sexual inadequacy have also all been described in perpetrators of IPV.<sup>69</sup> For male victims, younger men were four to five times at greater risk of IPV than men over 45 years in age. Ecologic risk factors for IPV include individual, partner, family and community/social factors.<sup>5</sup> Although IPV can occur in any intimate relationship, individual factors for victimization include (among others) past exposure to IPV (intergenerational cycle of abuse), exposure to child maltreatment, poverty, disability, Indigenous identity, gender/sexual minority status, substance use and unemployment. Perpetration factors at the individual level include substance use, need for over control, exposure to child maltreatment, exposure to IPV, negative attitudes toward women, unemployment, lower education and other partners. Family factors include male dominance, marital conflict, violence as a way of resolving disputes and poverty. There are numerous community and social factors; examples include gender inequality, cultural acceptance of IPV, lack of community cohesion, restricted access to divorce, property ownership, or inheritance, media portrayal of IPV, patriarchal laws or religious values and lack of policies or legal safeguards against IPV. Protective factors identified in some studies include gender equality, monitoring and enforcement of effective policies against IPV, services for victims, safe environments, formal marriage and higher social economic status and education.<sup>5,38</sup>

## Health Impacts

### *Mental Health Impact*

IPV is consistently associated with high rates of depression, anxiety disorders (especially phobias and panic disorder), PTSD, alcohol and other substance abuse, sleep disorders, psychosomatic disorders, and suicidal behaviour and self-harm after exposure to IPV.<sup>5,12,70,71</sup> Depression and PTSD are the most prevalent mental health disorders associated with IPV, with considerable comorbidity of the two disorders.<sup>72</sup> In a meta-analysis of studies of women exposed to IPV, the mean prevalence of depression was estimated at 47.6 per cent, and PTSD at 63.8 per cent (3.5 and 5.0 times the general female population rates, respectively).<sup>73</sup> Loss, feelings of shame

and guilt, humiliation, entrapment and lack of control contribute to the development of poor self-esteem and depression.<sup>74,75</sup> Other studies have also identified increased rates of eating disorders, antisocial and borderline personality disorders and non-affective psychosis in women exposed to IPV.<sup>12,15,73,76-79</sup> IPV is also associated with health risk behaviours including alcohol and drug abuse, sexual risk behaviours and smoking.<sup>5</sup> Because evidence is mounting that depression and PTSD are pathways by which abuse affects physical health,<sup>27,80,81</sup> addressing mental health effects may also be important for preventing physical health problems such as chronic pain or cardiac disease. It has also been found that when violence decreases or is eliminated, physical and mental health both improve.<sup>82</sup>

### ***Physical Health Impact***

According to the Statistics Canada 2017 Homicide Survey, women account for approximately eight in 10 victims of intimate partner homicide, with the rate of intimate partner homicide five times greater for females compared to males.<sup>22</sup> This maps onto previous estimates. Specifically, between 2003 and 2013, police services reported 960 domestic homicides in Canada; 78 per cent of victims were women. In homicides between spouses six in 10 (60 per cent) between 2008 and 2018 were preceded by a known history of family violence.<sup>83</sup>

Homicide rates for men and women are substantially lower than the early 1990s, which can be partly attributed to rising divorce rates and more equitable male–female employment rates, thereby offering women more options. Laws, law enforcement, shelters and advocacy may also contribute to declining spousal homicides. In the 1990s, men were more likely than women to commit suicide following domestic homicide. In addition, women were more likely to kill their partner if violence was prolonged or they feared for themselves or their children. Men were more likely to kill their partner from rage or despair over actual or impending estrangement.<sup>84</sup>

A range of acute injuries including bruises, fractures, lacerations, bites, dental injuries, burns and other injuries may follow IPV. A recent systematic review found that certain injury patterns can differentiate people exposed to IPV, compared with other kinds of injurious events. Specifically, head, neck, dental or facial injuries that were not witnessed (i.e., as would likely occur with a motor vehicle injury) are indicators. In addition, multiple injuries are associated with IPV exposure, whereas thoracic or abdominal extremity injuries alone, tend to not differentiate between abused and non-abused women.<sup>76,85</sup>

IPV has been linked to many other physical health outcomes including those related to chronic conditions and infectious diseases. An international systematic review and meta-analysis by the World Health Organization and other studies have found IPV to be associated with, in addition to the injuries above, chronic pain syndromes, fibromyalgia, gastrointestinal disorders, including irritable bowel syndrome, sleep disorders, physical inactivity, disability and general reductions in physical functioning and (or) health-related quality of life.<sup>5,12,76,86</sup> IPV is also associated with gynecological disorders, infertility, pelvic inflammatory disease, pregnancy complications and (or) miscarriage, sexual/reproductive dysfunction, unsafe sexual behaviour, sexually transmitted diseases (including HIV/AIDS), as well as unsafe or forced abortion and unwanted pregnancy.<sup>5,12,76</sup> In addition to maternal health, IPV during pregnancy can threaten the health of the fetus. Abuse directed to the abdomen can result in poor pregnancy outcomes, preterm birth and perinatal death.<sup>12,76,87-90</sup>

### ***Children’s Exposure to IPV***

Exposure of a child to any psychological, physical, sexual, financial or emotional abuse between adults who are, or have been, intimate partners or family members is considered a form of child maltreatment in many jurisdictions within Canada<sup>2,91</sup> and may have short- or long-term mental and physical health impacts. Adverse outcomes include an increased risk of physical, psychological, social, emotional and behavioural problems, including mood and anxiety disorders, and substance use disorders and school-related problems in children and adolescents.<sup>2,91-95</sup> These negative effects may continue into adulthood and become part of an intergenerational cycle of violence.<sup>91,95,96</sup> Children who are exposed to IPV in the home are more likely to maltreat their own children<sup>96,97</sup> and are more likely to have violent dating and intimate relationships as adults (either as victims or perpetrators).<sup>98-101</sup> Children exposed to IPV are at increased risk of experiencing other forms of abuse by caregivers (e.g., physical and sexual abuse).<sup>102,103</sup>

## **Identification, Assessment and Documentation**

### ***Victims of IPV***

There is no evidence for universal screening for IPV, based on three randomized controlled trials (RCTs), conducted in Canada,<sup>104</sup> New Zealand<sup>105</sup> and the United States.<sup>106,107</sup> Across these trials, IPV screening did not reduce IPV or improve health outcomes,<sup>106</sup> a fact

highlighted in most major evidence-based systematic reviews<sup>108-110</sup> though not necessarily reflected in some specific practice guidelines.<sup>111,112</sup> The discrepancy can contribute to confusion among policy makers and health professionals. While screening is not recommended, it is especially important for mental health clinicians to be alert to the signs and symptoms of IPV exposure and to practice case finding for IPV in the assessment of patients who present with a wide range of psychological signs or symptoms as discussed above. Consequently, inquiring about current and past IPV victimization or perpetration should be part of the clinical assessment of all patients, both men and women, in mental health, addiction and perinatal care settings. Such inquiry is referred to as case finding because it involves including questions about exposure to and perpetration of violence within the diagnostic assessment; it does not involve screening—the use of standardized questions administered in the same way to all patients.<sup>2</sup> Being aware of a history of IPV is necessary to inform diagnostic formulation and treatment approaches; without this information, a key contributing factor to the onset and persistence of mental illness, as well as any opportunity for interventions, may be missed.<sup>69</sup> Many IPV victims seeking health care present with vague signs and symptoms or chronic somatic complaints, including chronic pain, rather than signs of obvious physical, sexual or emotional trauma. Other behaviours that may suggest IPV exposure or perpetration are delays in seeking care or multiple missed appointments.<sup>113</sup> Lack of knowledge about or interest in IPV, time constraints, fear of retribution or of legal involvement are not acceptable reasons for mental health professionals to avoid inquiring about IPV. It should be noted that some individuals and organizations prefer the term “survivor” of IPV and the preferred term should be used if it is known.

New online educational resources from the Violence Evidence Guidance Action (VEGA) Project, funded by the Public Health Agency of Canada, have been developed to assist healthcare and social service providers to recognize and respond safely to family violence including IPV, children’s exposure to IPV and child maltreatment.<sup>2</sup> VEGA resources include a handbook, “how to” videos and interactive educational scenarios to enhance knowledge and skills. It includes some examples of questions and responses for clinicians which may be helpful to provide guidance (available at <https://vegaproject.mcmaster.ca/>). The World Psychiatric Association International Competency-Based Curriculum for Mental Health Care Providers on Intimate Partner Violence/Sexual Violence Against

Women, which has been translated into 10 languages, also contains teaching PowerPoints, case vignettes, video-based vignettes and helpful references (available at <http://www.wpanet.org>).

A private, safe, supportive, confidential environment is essential to conduct a full diagnostic assessment that includes inquiry about IPV. There are many barriers to patients disclosing IPV, including the fear of potential retaliation from the abusive partner, family or community censure, embarrassment, shame, economic dependency, or apprehension about child custody, immigration status or the legal system. It is important to ask about exposure to IPV privately (with no one else present including the partner or a child beyond infancy); if the inquiry and (or) response is overheard, it could put the patient at risk for further IPV.<sup>2</sup> Special arrangements may be needed for immigrants or refugees whose primary language is not English or for whom a request to speak privately from other family members or partners may be perceived as an unusual or culturally insensitive request. The patient should be seen alone or by a same-sex interviewer if culturally indicated, and family and friends should not be involved as translators. Cultural competence should allow a person to not only reject violence but also maintain their cultural identity. Patients may also lack knowledge that IPV is a crime in Canada or that support services exist. Some patients may not see IPV or what happens within their intimate relationship or partner-conflict as a health issue that is appropriate to disclose to a healthcare provider.

It may be helpful to preface direct questions about IPV by asking about the patient’s relationships more generally. An introduction such as “How are things at home?” or “How do you and your partner get along?” could be used. Possible follow-up questions to ask include the following, when appropriate:

- How does your partner respond when there is disagreement in the family? With these arguments, do you ever feel frightened by them?
- Sometimes partners or ex-partners use physical force. Is this happening to you?
- Have you felt humiliated or emotionally harmed by your partner or ex-partner?
- Do you feel safe in your current or previous relationships?
- Have you ever been physically threatened or hurt by your partner or ex-partner?
- Have you been forced to have any kind of sexual activity by your partner or ex-partner?



When IPV is first disclosed by an abused partner, the initial clinical response should include validation of the experience (e.g., “Violence is, unfortunately, a common problem in our society” [or, “in many families”]); affirmation that violence is unacceptable (e.g., “Everyone deserves to feel safe at home”); and expression of support (e.g., “There are things we can discuss that can help”). It is crucial that insensitive (e.g., “Why don’t you just leave?”) or critical remarks (“Well, did you do something to make them angry? Just don’t do that.”) are not made by mental health professionals as these may reinforce existing feelings of helplessness, inadequacy or self-blame in victims.<sup>69</sup> The clinician needs to acknowledge the complexity of IPV and respect the patient’s individual concerns and decisions. All discussions in which IPV is disclosed must include an inquiry about current safety. If the patient denies IPV, but injuries, signs or symptoms suggest that it may be occurring, inquiries should be repeated at later visits when an atmosphere of greater trust may facilitate further discussion.<sup>2</sup>

IPV among adults is not reportable to the police unless a practitioner is concerned about a serious imminent risk to the patient or someone else. Although the decision to involve legal authorities usually belongs to the abused patient alone, a disclosure that indicates that a child is also being abused, or at risk of harm related to IPV exposure among caregivers, requires mandatory reporting to provincial or territorial child protection services (CPS). The legislation varies somewhat across provinces and territories; thus, it is important to understand the specific legislation in one’s region of practice. Given the limits of confidentiality, owing to mandatory reporting to CPS, it is important that patients be advised about these limits to confidentiality before any inquiry about IPV exposure.<sup>2</sup> A practitioner’s workplace (including hospitals) may have specific guidance about inquiring about or acting on disclosures of IPV as part of workplace safety, and psychiatrists should be familiar with their workplace requirements.

Decisions to leave an abusive relationship may require time and may follow six stages of change outlined by Prochaska (i.e., precontemplation, contemplation, preparation, action, maintenance and termination).<sup>114,115</sup> Women planning to leave a relationship involving IPV should be cautioned that the risk of more serious violence (at times, even homicide) is increased during and following leaving the partner.<sup>11</sup> Safety should be a consideration whenever a person discloses IPV, and simple questions can be useful, such as “Do you feel safe to return home today?” “Do you have a safety plan?” and “Does your partner have a weapon?”

**Assessment.** Following disclosure of IPV, the abused patient should receive a full psychiatric assessment to ascertain any mood, anxiety, personality, psychotic, substance use disorder or organic brain syndrome that may predate or follow IPV. Psychological sequelae of IPV should be noted and the patient reassured that these are common and may spontaneously resolve or can be treated.

In general, studies exploring women’s preferred responses after disclosing IPV suggest that women want physicians to ask questions about the abuse, to listen and believe them, express concern, be nonjudgmental and supportive, and to make appropriate referrals to a shelter, and to social and legal services.<sup>116</sup> Women do not want to be pressured to disclose IPV (or to leave their partner); they prefer to be asked about it in a way that is confident and comfortable, with assurance of confidentiality (with the potential exceptions regarding child welfare, outlined above). It is important to state to the patient that all people have a right to live without abuse.

### ***Perpetrators of IPV***

Perpetrators of IPV may present with personality disorders, substance use disorders, depression, fear of losing control, obsessional jealousy, paranoid ideas, psychosis or brain dysfunction. Questions that may uncover IPV, such as “What happens when you lose your temper?” or “Have you ever become violent or threatened someone?” or “Has this person ever been your partner?” can initiate the inquiry about IPV perpetration. More specific questions about the types of abuse being perpetrated should follow. A Canadian study found that male and female psychiatric patient perpetrators of IPV fell into one of the following groupings: generally violent and antisocial; borderline and dysphoric; or low psychopathology.<sup>117</sup> Personality disorders were most common. Disclosures by perpetrators should not be dismissed, minimized, met with indifference or dealt with in a way that seems to collude with the perpetrator’s justification of the use of violence.<sup>69</sup> The assessment of the abusive partner should ideally be conducted by a professional who is not treating the victim to avoid a conflict of interest and/or an accidental or inadvertent disclosure of confidential information that may place the victim at greater risk. Collateral information about the abuser from other individuals in their life (e.g., other providers, family members independent from the abuser) should be sought to increase accuracy. A structured clinical evaluation should include any acute or chronic psychiatric disorders or personality disorders, the pattern, frequency, severity of abuse, any criminal convictions, as

well as their insight and judgment about their behaviour. Various tools can serve as memory aids in the assessment of risk of IPV recurrence including the Spousal Assault Risk Assessment Guide,<sup>118</sup> based on the 20-item Historical, Clinical and Risk management tool.<sup>119</sup>

### **Documentation**

Careful, accurate documentation in the medical chart for victims or perpetrators is vital for monitoring, diagnosis, formulation and treatment planning. It may also be needed for legal proceedings.<sup>120</sup> The reported history and chronology of IPV and its relation to perpetrator or victim psychiatric symptoms, and its effects on a victim, should be recorded. It is important to differentiate facts from opinions.<sup>69</sup> Factual information, such as documenting visible injuries in a victim (a body diagram or photograph may be useful), a personal description of the IPV and its context by the patient in quotation marks, and noting the patient's mental status, is useful. Patient records (as always) should only be released by written patient consent or by subpoena (unless reporting to child welfare authorities is mandated).

## **Management, Treatment and Prognosis**

### ***Victims of IPV***

Following a full psychiatric assessment of an adult exposed to IPV, treatment for any specific symptoms or conditions should be in accordance with national practice guidelines delivered by professionals with a good understanding of IPV and its consequences.<sup>2</sup> Treatment approaches will depend on the psychiatric diagnosis and be informed by issues specific to the patient, the relationship, the trajectory of abuse, the patient's readiness for change, culture and the IPV characteristics.

Advocacy interventions for people exposed to IPV aim to empower victims and link them to community resources such as shelters, housing, safety planning advice, informal counselling and legal services. A systematic review of all controlled studies of IPV advocacy interventions, including some in healthcare settings, found a reduction in abuse, increased social support, improved quality of life, increased safety behaviours and use of community resources.<sup>108,121</sup> Shelters provide safety for women at moderate risk of IPV and their children.<sup>2</sup>

In a systematic review of controlled studies of psychological interventions for IPV, victims reported improvements in psychological outcomes, including depression, PTSD and self-esteem, with a wide range of psychological interventions, including individual or group cognitive trauma therapy.<sup>122,123</sup> For victims of IPV

and living with related PTSD, there appear to be a number of possible interventions. Specifically, a systematic review update by the Agency for Healthcare Research and Quality on psychological and pharmacological treatments found high strength of efficacy (SOE) for cognitive behaviour therapy, exposure and CBT-mixed treatments and moderate SOE for cognitive processing therapy, cognitive therapy, eye movement desensitization and reprocessing therapy and narrative exposure therapy to improve symptoms related to PTSD. Among pharmacotherapies, moderate SOE was found for fluoxetine, paroxetine and venlafaxine and low SOE for sertraline, olanzapine, risperidone, topiramate and prazosin.<sup>123</sup> Although no studies were found that identified resilience as the primary outcome, components of resilience, such as self-esteem, self-efficacy and improved quality of life, were assessed among some of the intervention studies included in the review.<sup>124</sup> Importantly, most studies included in the systematic review were conducted with women who were no longer in abusive relationships; their relevance for male victims of IPV and with PTSD or in people with PTSD symptoms and who are still experiencing abuse is unknown.<sup>113</sup> Couples' interventions may take various forms including multi-couple or individual couple sessions which may offer separate sessions for the victim and abuser. In general, couple-based interventions are thought to pose safety risks to the victim and effectiveness is uncertain. Thus, couples' therapy is not recommended, especially for those experiencing intimate partner terrorism (VEGA Systematic Review). The evidence for working with the whole family is inconclusive.<sup>2</sup>

Studies of children exposed to IPV have shown positive outcomes for specific interventions, such as child-parent psychotherapy,<sup>125,126</sup> teaching child management skills combined with providing support to mothers,<sup>127</sup> advocacy for mothers and their children, combined with a support and education group for children,<sup>128</sup> and trauma-focused cognitive-behavioural therapy, involving individual sessions for mothers and children as well as joint sessions.<sup>129</sup> These interventions, focused on the mother-child dyad, have been shown to improve behaviour problems<sup>125-127</sup> and (or) PTSD symptoms in children,<sup>125,126,129</sup> as well as children's competence and self-worth.<sup>128</sup> They are promising in their level of evidence but require replication.

The prognosis for victims of IPV is uncertain, as intervention studies usually have small samples, short follow-up and high attrition. Cohort studies of the natural history of IPV are rare. There are numerous descriptive reports of women successfully leaving abusive partners

and establishing healthy relationships with subsequent partners. However, one follow-up study of women who received an advocacy-based intervention after leaving a shelter found that 44 per cent had been assaulted by their original or a new partner 3.5 years after leaving the shelter. In addition, despite significantly lower recurrence rates in the intervention group at two-year follow-up, this difference was not sustained at the three-year follow-up period. However, importantly, there was a significant improvement in quality of life and social support among women who participated in the advocacy-based intervention, compared with those who did not.<sup>130</sup> We were unable to find prognostic data about men or members of special population groups who were abused.

### ***Perpetrators of IPV***

Various programs have been developed for abusive partners, some of which are voluntary and others court-mandated. Nearly all of these are for men abusers, and adherence is often low. The evidence of effectiveness is mixed,<sup>131</sup> although motivational interviewing may be promising and requires further research. No studies were found for women perpetrators or perpetrators identifying as gender/sexual minorities. Thus, the focus of intervention, in addition to treating any mental illness that may be present, is to encourage the abuser to take responsibility for IPV perpetration, to recognize internal and external triggers for IPV and to understand and take responsibility for the consequences of their perpetration. Specific behavioural strategies that can reduce the risk of violence perpetration, offering advice on reducing alcohol or drug intake, as well as referral to appropriate perpetrator services may be helpful for specific people.<sup>69</sup> There is some evidence to suggest that permanent (not temporary) civil protection orders for men abusers may reduce future IPV.<sup>132</sup>

### **Prevention**

Primary prevention of IPV consists of educational programs that focus on respectful relationships, conflict resolution strategies, changes in attitudes, and knowledge. However, a Cochrane systematic review of interventions to prevent relationship and dating violence in adolescents and young people found no convincing evidence that these programs decrease relationship/dating violence, attitudes, behaviours or skills. The only positive effect noted in the review related to improving knowledge about relationship violence.<sup>133</sup>

Although scientific evidence is lacking, many authorities recommend intersectoral collaboration between health, social, education and legal services, as well as between

health specialties and disciplines to advocate for IPV prevention and policy.<sup>134,135</sup> The media can also be helpful in raising public awareness of IPV as a critical mental health determinant and in censuring public statements that sensationalize or normalize IPV as an acceptable or cultural norm.<sup>135</sup> However, it is important to evaluate the effectiveness of such approaches in reducing IPV.

Secondary prevention interventions for IPV have been described for pregnant women, consisting of advocacy and empowerment programs that reduced psychological and minor physical violence and improved pregnancy outcomes.<sup>136,137</sup> One trial of intensive advocacy (12 hours or more) reduced physical abuse after 12 to 24 months in women leaving shelters, but this was not the case for shorter or longer follow-up periods.<sup>130</sup> Other treatment interventions are discussed earlier in this paper.

### **Education and Research**

Some psychiatric associations (e.g., the World Psychiatric Association<sup>138</sup> and the Royal College of Psychiatrists<sup>69</sup>) and a few Canadian medical specialty associations in addition to the CPA (e.g., the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada<sup>87</sup> and the Canadian Orthopaedic Association<sup>139</sup>) have issued policy statements and educational objectives on the topic of IPV.

Trainees in psychiatry at the undergraduate and postgraduate level, including international medical graduates, and all mental health professionals should receive education about IPV from faculty who are familiar with this issue. Currently, rates of inclusion of IPV content in the Canadian curriculum of medical and allied health professionals, including mental health professionals, are very low.<sup>140</sup> This training should be included in the curriculum and be composed of both a didactic and a clinical component. The didactic component should include the prevalence (including special populations), etiology, health effects (especially mental health), how to inquire about IPV and safety using a case-finding approach, the range of interventions for IPV-related impairment, as well as risk assessment and management of victims and perpetrators of IPV. Continuing professional education programs should also include sessions on IPV. All psychiatrists should become familiar with, and implement, the guidance outlined in this CPA position paper, *Recognizing and Responding to Intimate Partner Violence: An Update* (informed by the CPA's position paper on cultural competence<sup>141</sup>).

In terms of research, there is now considerable descriptive information about IPV, especially in women, but it is also

important to examine IPV against men perpetrated by women and IPV in special populations. Studies of effective interventions for the prevention and treatment of victims and perpetrators are still in their infancy and there are important knowledge gaps. Specifically, there is a need for rigorously designed studies comparing different psychological interventions, and which focus on people at different stages of the abuse trajectory, as well as studies testing the impact of interventions of differing durations and follow-up periods. Both patient- and system-centred interventions should use standardized or comparable outcome measures.

## Summary

- IPV is an under-recognized problem that impacts all genders and which occurs in all countries, cultures and socioeconomic groups.
- IPV has an enormous impact on personal health, and economic and social well-being.
- IPV may occur in heterosexual and gender/sexual minority relationships and may be perpetrated by individuals identifying with either sex, gender and by non-binary individuals.
- Canadian data from 2014 show equal proportions of men and women (four per cent) have been victims of physical IPV in the previous five years.
- Women are more likely than men to report severe IPV, to report chronic violence or to be killed. They are also more likely to be criminally harassed or killed after the relationship ends.
- Exposure to IPV has deleterious effects on children and other family members.
- Some populations are at greater risk for IPV. These include Indigenous women, gender/sexual minorities, people with disabilities, those in dating relationships, those with alcohol and other substance use disorders, those with low-income and those who have a previous partner that was abusive.
- Mental health problems associated with IPV include depression, anxiety disorders, PTSD, chronic pain syndromes, eating disorders, sleep disorders, psychosomatic disorders, alcohol and other substance use problems, suicidal and self-harm behaviours, psychosis, some personality disorders and harmful health behaviours, such as risk taking and smoking. As IPV is a major determinant of mental health, it is of vital importance to mental health professionals.
- Physical health problems associated with IPV include death, a broad range of injuries, reproductive

disorders, gastrointestinal disorders, chronic pain syndromes, fibromyalgia, poor physical functioning and lower health-related quality of life. Sexually transmitted diseases, unwanted pregnancies and physical inactivity are also increased.

- Children’s exposure to IPV may have short- and long-term health impacts on the child, especially mental health effects.
- Perpetrators of IPV most frequently have personality disorders, but substance use disorders and other types of mental illness or brain dysfunction may also occur.

## Recommendations for Best Practice

- Psychiatrists and other mental health professionals should inquire about IPV victimization and perpetration using a case-finding approach as part of the clinical assessment of all patients. A person does not need to be in a current relationship to be experiencing IPV.
- Case-finding in patients with symptoms associated with IPV should be a priority and inquiries made about possible IPV in a private, safe, confidential, empathic setting. These questions may need to be repeated at subsequent sessions when the therapeutic relationship is better established.
- Particular attention to case-finding should be given to special populations and situations known to be at higher risk of IPV.
- If a patient discloses IPV, inquiries should be made about current safety (risk assessment) and referrals offered to appropriate services for people experiencing violence (e.g., shelters, local resource centres, social and/or legal resources and/or police if indicated).
- Safety should be an ongoing concern, especially if the abused partner plans to leave the abusive situation.
- Careful documentation of IPV in the patient’s chart is essential. It should be released only with patient consent or by subpoena.
- CPS must be notified in accordance with provincial or territorial legislation if a child is exposed to IPV or is in danger. Victims of abuse should be informed of this duty to report, and that not all types of disclosures will be strictly confidential.
- Mental health professionals should ask about children in the family and determine the need for any children to be referred for assessment of emotional and behavioural problems.

- Treatment approaches will depend on the psychiatric diagnosis and national treatment guidelines and be informed by special issues particular to the person, the relationship, the trajectory of abuse, the patient's readiness for change, culture and the IPV characteristics. Mental health professionals should consider referral of patients to advocacy services and the need for specific psychological interventions as outlined above. They should be aware of the moderate strength of evidence for only a few psychotropic medications for treating PTSD following IPV as outlined above.
- Psychiatrists should be familiar with the principles of risk assessment and management for perpetrators of IPV. In addition to treating any mental illness or substance use disorder that may be present, the main focus of treatment should be on assisting the perpetrator to take responsibility for IPV and its consequences, to recognize its triggers and to develop behavioural strategies to stop IPV.
- Specific education on IPV should be part of the curriculum and provided to all psychiatric trainees and mental health professionals by faculty knowledgeable about IPV. Education should include the IPV prevalence, etiology, how to ask about and respond to disclosures and the range of interventions for IPV. Continuing professional education programs should include IPV. Psychiatrists should be familiar with and implement the guidelines outlined in this CPA position paper, *Recognizing and Responding to IPV: An Update*.
- Further research is needed in the Canadian context regarding special populations and situations, and, especially, on effective interventions for prevention and treatment of IPV and its mental health sequelae.
- The CPA should seek opportunities to confer with other professional health organizations (e.g., family medicine, emergency medicine, pediatrics, obstetrics and gynecology, orthopedics, dentistry, nursing and social work) and other sectors (e.g., social services, education, legal and media) so that psychiatrists contribute to and learn from wider advocacy for IPV prevention, policy and clinical practice. This could include, among others, increased public awareness of IPV as a critical mental health determinant and censuring public statements that normalize IPV as an acceptable or cultural norm.

## Acknowledgements

Dr. Stewart, Dr. MacMillan, were co-principal investigators for PreVAiL funded by Canadian Institutes of Health Research,

Institute of Gender and Health and Institute of Neurosciences Mental Health and Addictions (INMHA) grant (#: RDG99326).

Dr. MacMillan is the Project Lead of the Violence, Evidence, Guidance, Action (VEGA) Project funded by the Public Health Agency of Canada. She is supported by the Chedoke Health Chair in Child Psychiatry.

Dr. Kimber is the Lead, Dr. Stewart a co-Lead and Dr. MacMillan is VEGA Advisor of Preparing Providers to Recognize and Respond to Family Violence (Préparer les praticiens à reconnaître et à réagir à la violence familiale) funded by the Public Health Agency of Canada (Agence de la santé publique du Canada). The views expressed in this position paper do not necessarily represent the views of the Public Health Agency of Canada.

## References

1. Stewart DE, MacMillan H, Wathen N. Intimate partner violence. *Can J Psychiatry*. 2013;58(6):1-15.
2. VEGA Family Violence Education Resources. VEGA education. VEGA Education. 2019; [accessed 2019 Sep 12]. <https://vegaeducation.mcmaster.ca/>
3. Centers for Disease Control. Intimate partner violence. Violence Prevention Injury Center CDC; 2018; [accessed 2019 Sep 12]. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/index.html>.
4. Breiding M, Basile K, Smith S, et al. Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements version 2.0. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. 2015; [accessed 2019 Sep 17]. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/intimatepartnerviolence.pdf>.
5. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, et al. The world report on violence and health. 2002; [accessed 2020 July 20]. [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/introduction.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf).
6. Burczyk M. Stalking in Canada. 2014. Section 1. [accessed 2019 Sep 23]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54893/01-eng.htm>.
7. World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2010; [accessed 2016 Oct 20]. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/1/9789241564007\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/1/9789241564007_eng.pdf).
8. Garcia-Moreno C, Watts C. Violence against women: an urgent public health priority. *Bull World Health Organ*. 2011;89(1):2.
9. Zhang T, Hoddenbagh J, McDonald S, et al. An estimation of the economic impact of spousal violence in Canada. 2009; [accessed 2019 Sep 12]. [https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/fv-vf/tr12\\_7/tr12\\_7.pdf](https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/fv-vf/tr12_7/tr12_7.pdf).
10. Bishop J, Patterson PG. Guidelines for the evaluation and management of family violence. *Can J Psychiatry*. 1992;37(7):458-481.
11. Burczyk M, Conroy S, Savage L. Family violence in Canada: a statistical profile. 2016; [accessed 2019 Oct 8]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2018001/article/54978-eng.pdf?st=rNIYwyTF>.
12. Stewart DE, Vigod SN. Update on mental health aspects of intimate partner violence. *Med Clin North Am*. 2019;103(4):735-749.

13. Public Health. The Chief Public Health Officer's Report on the state of public health in Canada 2016—a focus on family violence in Canada. 2016; [accessed 2019 Sep 12]. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/2016-focus-family-violence-canada.html>.
14. Trevillion K, Oram S, Feder G, et al. Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2012;7(12):e51740.
15. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008;371(9619):1165-1172.
16. Bunge VP, Locke D. Family violence in Canada: a statistical profile. Statistics Canada; 2000 [accessed 2020 July 20]. [https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-224-x/85-224-x2000000-eng.pdf?st=IXge\\_QGB](https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-224-x/85-224-x2000000-eng.pdf?st=IXge_QGB)
17. Burczycka M. Section 1: Trends in self-reported spousal violence in Canada, 2014. Statistics Canada. Family violence in Canada: a statistical profile. 2014. [accessed 2019 Dec 12]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2016001/article/14303/01-eng.htm>.
18. Canadian Centre for Justice Statistics. Family violence in Canada: a statistical profile. 2014; [accessed 2019 Dec 12]. [https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2016001/article/14303-eng.pdf?st=aGoQ\\_JzQ](https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2016001/article/14303-eng.pdf?st=aGoQ_JzQ).
19. Burczycka M. Section 3: Police-reported intimate partner violence. Statistics Canada; Juristat; 2018; [accessed 2020 July 20]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54893/03-eng.htm>.
20. Ibrahim D. Police-reported violence among same-sex intimate partners in Canada, 2009 to 2017. Statistics Canada. 2019; [accessed 2019 Sep 11]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2019001/article/00005-eng.htm>.
21. Sinha M. Section 2: Violence against intimate partners. Family violence in Canada: a statistical profile, 2010. Ottawa (ON): Statistics Canada; 2012; [accessed 2020 Jul 20]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2012001/article/11643/11643-2-eng.htm>.
22. Burczycka M. Section 2: Police-reported intimate partner violence in Canada, 2017. Family violence in Canada: a statistical profile. Ottawa (ON): Statistics Canada. 2017; [accessed 2019 December 12]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54978/02-eng.htm>.
23. Hébert M, Daspe M-È, Lapierre A, et al. A meta-analysis of risk and protective factors for dating violence victimization: the role of family and peer interpersonal context. *Trauma Violence Abuse*. 2019;20(4):574-590.
24. Johnson MP. Conflict and control: gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women*. 2006;12(11):1003-1018.
25. Varcoe C, Hankivsky O, Ford-Gilboe M, et al. Attributing selected costs to intimate partner violence in a sample of women who have left abusive partners: a social determinants of health approach. *Can Public Policy*. 2011;37(3):359-380.
26. Wuest J, Ford-Gilboe M, Merritt-Gray M, et al. Pathways of chronic pain in survivors of intimate partner violence. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010;19(9):1665-1674.
27. Wuest J, Ford-Gilboe M, Merritt-Gray M, et al. Abuse-related injury and symptoms of posttraumatic stress disorder as mechanisms of chronic pain in survivors of intimate partner violence. *Pain Med*. 2009;10(4):739-747.
28. Ford-Gilboe M, Wuest J, Varcoe C, et al. Modelling the effects of intimate partner violence and access to resources on women's health in the early years after leaving an abusive partner. *Soc Sci Med*. 2009;68(6):1021-1029.
29. Ansara DL, Hindin MJ. Psychosocial consequences of intimate partner violence for women and men in Canada. *J Interpers Violence*. 2011;26(8):1628-1645.
30. Ansara DL, Hindin MJ. Exploring gender differences in the patterns of intimate partner violence in Canada: a latent class approach. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(10):849-854.
31. Cotter A, Savage L. Gender-based violence and unwanted sexual behaviour in Canada, 2018: initial findings from the survey of safety in public and private spaces. *Juristat: Statistics Canada*. 2019; [accessed 2019 Dec 9]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2019001/article/00017-eng.htm>.
32. Public Health Agency of Canada. Stop family violence. 2019; [accessed 2019 Oct 18]. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/stop-family-violence.html>.
33. Coxell AW, King MB. Male victims of rape and sexual abuse. *Sex Relat Ther*. 2010;25380-25391.
34. Uthman OA, Lawoko S, Moradi T. Factors associated with attitudes towards intimate partner violence against women: a comparative analysis of 17 sub-Saharan countries. *BMC Int Health Hum Rights*. 2009;9(1):14.
35. Uthman OA, Lawoko S, Moradi T. Sex disparities in attitudes towards intimate partner violence against women in sub-Saharan Africa: a socio-ecological analysis. *BMC Public Health*. 2010;10(1):223.
36. Do KN, Weiss B, Pollack A. Cultural beliefs, intimate partner violence and mental health functioning among Vietnamese women. *Int Perspect Psychol Res Pract Consult*. 2013;2(3):149-163.
37. Hajian S, Vakilian K, Mirzaii Najm-abadi K, Parastoo H, Mehrdad J. Violence against women by their intimate partners in Shahroud in northeastern region of Iran. *Glob J Health Sci*. 2014;6(3):117-130.
38. Yakubovich AR, Stöckl H, Murray J, et al. Risk and protective factors for intimate partner violence against women: systematic review and meta-analyses of prospective-longitudinal studies. *Am J Public Health*. 2018;108(7):e1-e11.
39. Kimber MS, Boyle MH, Lipman EL, et al. The associations between sex, immigrant status, immigrant concentration and intimate partner violence: evidence from the Canadian General Social Survey. *Glob Public Health*. 2013;8(7):796-821.
40. Okeke-Ihejirika P, Yohani S, Muster J, Alphonse N, Thane C, Virginia P. A scoping review on intimate partner violence in Canada's immigrant communities. *Trauma Violence Abuse*. 2018;21(4):788-810. doi: 10.1177/1524838018789156.
41. Tabibi J, Ahmad S, Baker L, et al. Intimate partner violence against immigrant and refugee women. 2018; [accessed 2019 Sep 24]. [http://www.vawlearningnetwork.ca/our-work/issuebased\\_newsletters/issue-26/Plain-Text-Issue-26.pdf](http://www.vawlearningnetwork.ca/our-work/issuebased_newsletters/issue-26/Plain-Text-Issue-26.pdf).
42. Statistics Canada. Aboriginal peoples in Canada: key results from the 2016 census. 2017; [accessed 2019 Sep 12]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025a-eng.htm>.
43. Hautala DS, Sittner Hartshorn KJ, Armenta B, et al. Prevalence and correlates of physical dating violence among North American Indigenous adolescents. *Youth Soc*. 2017;49(3):295-317.

44. Varcoe C, Ford-Gilboe M, Browne AJ, et al. The efficacy of a health promotion intervention for Indigenous women: reclaiming our spirits. *J Interpers Violence*. 2019;1-31.
45. Khalifeh H, Oram S, Osborn D, Louise MH, Sonia J. Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(5):433-451.
46. Dienemann J, Boyle E, Baker D, Resnick W, Wiederhorn N, Campbell J. Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. *Issues Ment Health Nurs*. 2000;21(5):499-513.
47. Heru AM, Stuart GL, Rainey S, et al. Prevalence and severity of intimate partner violence and associations with family functioning and alcohol abuse in psychiatric inpatients with suicidal intent. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(1):23-29.
48. Ard KL, Makadon HJ. Addressing intimate partner violence in lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *J Gen Intern Med*. 2011;26(8):930-933.
49. Wathen CN, MacGregor JCD, Tanaka M, et al. The impact of intimate partner violence on the health and work of gender and sexual minorities in Canada. *Int J Public Health*. 2018;63(8):945-955.
50. National Coalition of Anti-Violence Programs. Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and HIV-affected intimate partner violence in 2015: a report from the National Coalition of Anti-Violence Programs 2016 Release Edition. NCAVP. New York: Emily Waters. 2016; [accessed 2019 Sep 11]. [https://avp.org/wp-content/uploads/2017/04/2015\\_ncavp\\_lgbtqipvreport.pdf](https://avp.org/wp-content/uploads/2017/04/2015_ncavp_lgbtqipvreport.pdf).
51. Bucik A. Canada: discrimination and violence against lesbian, bisexual, and transgender women and gender diverse and two spirit people on the basis of sexual orientation, gender identity, and gender expression. Toronto (ON): Eagle Canada Human Rights Trust. 2016; [accessed 2020 Jul 20]. [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/CAN/INT\\_CEDAW\\_NGO\\_CAN\\_25380\\_E.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/CAN/INT_CEDAW_NGO_CAN_25380_E.pdf).
52. Cotter A. Violent victimization of women with disabilities, 2014. Statistics Canada. 2018; [accessed 2019 Sep 26]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54910-eng.htm>.
53. Stewart D, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *CMAJ*. 1993;149(9):1257-1263.
54. Kingston D, Heaman M, Urquia M, et al. Correlates of abuse around the time of pregnancy: results from a national survey of Canadian women. *Matern Child Health J*. 2016;20778-20789.
55. Wichman CL, Moore KM, Lang TR, St Sauver JS, Robert HH Jr, William JW. Congenital heart disease associated with selective serotonin reuptake inhibitor use during pregnancy. *Mayo Clin Proc*. 2009;84(1):23-27.
56. Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Linda B. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015;24(1):100-106.
57. Stewart DE. Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy. *CMAJ*. 1994;151(11):1601-1604.
58. Leonard KE, Quigley BM. Drinking and marital aggression in newlyweds: an event-based analysis of drinking and the occurrence of husband marital aggression. *J Stud Alcohol*. 1999;60(4):537-545.
59. Testa M, Quigley BM, Leonard KE. Does alcohol make a difference? *J Interpers Violence*. 2003;18(7):735-743.
60. Brecklin LR. The role of perpetrator alcohol use in the injury outcomes of intimate assaults. *J Fam Violence*. 2002;17(3):185-197.
61. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*. 2005;365(9458):519-530.
62. Shillington AM, Cottler LB, Compton WM, Spitznagel EL. Is there a relationship between "heavy drinking" and HIV high risk sexual behaviors among general population subjects? *Int J Addict*. 1995;30(11):1453-1478.
63. Loi VM, Huy VT, Minh NH, et al. Gender-based violence: the case of Vietnam. Washington (DC): World Bank; 1999; [accessed 2019 Oct 18]. <https://siteresources.worldbank.org/INTVIETNAM/Resources/Gender-Based-Violence.pdf>.
64. Wingood GM, DiClemente RJ, Raj A. Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *Am J Prev Med*. 2000;19(4):270-275.
65. Field CA, Caetano R, Nelson S. Alcohol and violence related cognitive risk factors associated with the perpetration of intimate partner violence. *J Fam Violence*. 2004;19(4):249-253.
66. Cohen MM, Maclean H. Violence against Canadian women. *JOGC* 2003(25):499-504.
67. Leone JM, Johnson MP, Cohan CL, et al. Consequences of male partner violence for low-income minority women. *J Marriage Fam*. 2004;66472-66490.
68. Conroy S. Section 5: Police-reported family violence against seniors. Statistics Canada. 2018; [accessed 2019 Sep 26]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54893/05-eng.htm>.
69. Royal College of Psychiatrists. Policy statement on domestic violence. London, UK 2002.
70. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;359(9314):1331-1336.
71. Jordan CE. Violence and women's mental health: the pain unequalled. *Trauma Violence Abuse*. 2009;10(3):195-197.
72. Basile KC, Arias I, Desai S, Martie PT. The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *J Trauma Stress*. 2004;17(5):413-421.
73. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *J Fam Violence*. 1999;14(2):99-132.
74. Pallitto CC, Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, et al. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;120(1):3-9.
75. Astbury J, Cabral M. Women's mental health: an evidence-based review. 2000; [accessed 2020 Jul 20]. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66539/WHO\\_MSD\\_MDP\\_00.1.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66539/WHO_MSD_MDP_00.1.pdf).
76. World Health Organization. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. 2005; [accessed 2019 Oct 18]. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>.
77. Jordan CE, Campbell R, Follingstad D. Violence and women's mental health: the impact of physical, sexual, and psychological aggression. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6(1):607-628.
78. Afifi TO, MacMillan H, Cox BJ, et al. Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females. *J Interpers Violence*. 2009;24(8):1398-1417.
79. Ehrensaft MK, Moffitt TE, Caspi A. Is domestic violence followed by an increased risk of psychiatric disorders among women but not among men? a longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry*. 2006;163(5):885-892.

80. Sutherland CA, Bybee DI, Sullivan CM. Beyond bruises and broken bones: the joint effects of stress and injuries on battered women's health. *Am J Community Psychol.* 2002;30(5):609-736.
81. Weaver TL, Resnick H. Toward developing complex multivariate models for examining the intimate partner violence-physical health relationship: commentary on Plichta. *J Interpers Violence.* 2004; 19(11):1342-1359.
82. Bybee DI, Sullivan CM. The process through which an advocacy intervention resulted in positive change for battered women over time. *Am J Community Psychol.* 2002;30(1):103-132.
83. Burczycka M. Section 2. Police - reported intimate partner violence in Canada. Statistics Canada, 2018; [accessed 2020 July 23]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2019001/article/00018/02-en.htm>.
84. Dawson M, Bunge VP, Balde T. National trends in intimate partner homicides: explaining declines in Canada, 1976 to 2001. *Violence Against Women.* 2009;15(3):15276-15306.
85. Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse.* 2010;11(2):71-82.
86. AuCoin K, Beauchamp D. Impacts and consequences of victimization, GSS 2004. 2007; [accessed 2019 Oct 18]. <http://publications.gc.ca/collections/Collection-R/Statcan/85-002-XIE/85-002-XIE2007001.pdf>.
87. Cherniak D, Grant L, Mason R, et al. Intimate partner violence consensus statement. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005;27(4): 365-418.
88. Shah PS, Shah J, Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *J Womens Heal.* 2010;19(11): 2017-2031.
89. Campbell J, Torres S, Ryan J, et al. Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies: a multiethnic case-control study. *Am J Epidemiol.* 1999;150(7):714-726.
90. Murphy CC, Schei B, Myhr TL, et al. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2001; 164(11):1567-1572.
91. Gilbert R, Widom CS, Browne K, David F, Elspeth W, Staffan J. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet.* 2009;373(9657):68-81.
92. Gilbert R, Fluke J, O'Donnell M, et al. Child maltreatment: variation in trends and policies in six developed countries. *Lancet* 2012;379(9817):758-772.
93. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, et al. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(2):339-352.
94. Evans SE, Davies C, DiLillo D. Exposure to domestic violence: a meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggress Violent Behav.* 2008;13(2):131-140.
95. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, et al. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence Vict.* 2002;17(1):3-17.
96. Dumas D, Margolin G, John RS. The intergenerational transmission of aggression across three generations. *J Fam Violence.* 1994;9(2):157-175.
97. Schwartz JP, Hage SM, Bush I, Lauren KB. Unhealthy parenting and potential mediators as contributing factors to future intimate violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse.* 2006; 7(3):206-221.
98. Stith SM, Rosen KH, Middleton KA, et al. The intergenerational transmission of spouse abuse: A meta-analysis. *J Marriage Fam.* 2000;62(3):640-654.
99. Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, et al. Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(4):741-753.
100. Carr JL, VanDeusen KM. The relationship between family of origin violence and dating violence in college men. *J Interpers Violence.* 2002;17630-17646.
101. Kimber M, Adham S, Gill S, et al. The association between child exposure to intimate partner violence (IPV) and perpetration of IPV in adulthood: a systematic review. *Child Abuse Negl.* 2018; 76273-76286.
102. Margolin G. Effects of domestic violence on children. In: Trickett PK, Schellenbach CJ, editors. *Violence against children in the family and the community.* Washington (DC): American Psychological Association; 1998.p. 57-101.
103. McCloskey LA, Figueredo AJ, Koss MP. The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Dev.* 1995; 66(5):1239-1261.
104. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, et al. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA.* 2009;302(5):493.
105. Koziol-McLain J, Garrett N, Fanslow J, et al. A randomized controlled trial of a brief emergency department intimate partner violence screening intervention. *Ann Emerg Med.* 2010;56(4): 413-423.e1.
106. Wathen CN, MacMillan HL. Health care's response to women exposed to partner violence. *JAMA.* 2012;308(7):712.
107. Klevens J, Kee R, Trick W, et al. Effect of screening for partner violence on women's quality of life. *JAMA.* 2012; 308(7):681.
108. Feder G, Ramsay J, Dunne D, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet the UK National Screening Committee criteria for a screening programme? systematic reviews of nine UK national screening committee criteria. *Health Technol Assess (Rockv).* 2009;13(16):iii-iv, xi-xiii, 1-113, 137-347.
109. Institute of Medicine. *Clinical preventive services for women: closing the gaps.* Washington (DC): Institute of Medicine; 2011.
110. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. preventive services task force recommendation. *Ann Intern Med.* 2012; 156(11):796-808.
111. Registered Nurses' Association of Ontario. *Woman abuse: screening, identification and initial response.* Guideline Supplement. 2012; [accessed 2019 Oct 25]. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/woman-abuse-screening-identification-and-initial-response>.
112. American College of Obstetricians and Gynecologists. *The American college of obstetricians and gynecologists committee opinion no. 518: intimate partner violence.* *Obs Gynecol.* 2012; 119(2 Pt 1):412-417.
113. Feder G, MacMillan HL. Intimate partner violence. In: Goldman L, Schaefer AL, editors. *Goldman's Cecil medicine.* New York: Elsevier Saunders; 2016. p. 1629-1635.



## Recognizing and Responding to Intimate Partner Violence: An Update

114. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.* 1997;12(1):38-48.
115. Burke JG, Denison JA, Gielen AC, et al. Ending intimate partner violence: an application of the transtheoretical model. *Am J Health Behav.* 2004;28(2):122-133.
116. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, et al. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med.* 2006;166(1):22-37.
117. Walsh Z, Swogger MT, O'Connor BP, et al. Subtypes of partner violence perpetrators among male and female psychiatric patients. *J Abnorm Psychol.* 2010;119(3):563-574.
118. Kropp PR, Hart SD. The spousal assault risk assessment (SARA) guide: reliability and validity in adult male offenders. *Law Hum Behav.* 2000;24(1):101-118.
119. Webster C, Douglas K, Eaves D, et al. HCR-20: assessing risk for violence—Version 2. Burnaby (BC); 1997.
120. Ferris LE, McMain-Klein M, Silver L. Documenting wife abuse: a guide for physicians. *CMAJ.* 1997;156(7):1015-1022.
121. Ramsay J, Carter Y, Davidson L, et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;6(3):CD005043.
122. Kubany ES, Hill EE, Owens JA, et al. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(1):3-18.
123. Hoffman V, Middleton JC, Feltner C, et al. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review update. *Comparative Effectiveness Review No. 207. AHRQ Publication No. 18-EHC011-EF. PCORI Publication No. 2018-SR-01. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2018; [accessed 2019 Oct 2]. [https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/cer-207-ptsd-update-2018-rev\\_0.pdf](https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/cer-207-ptsd-update-2018-rev_0.pdf).*
124. Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, et al. What is resilience? *Can J Psychiatry.* 2011;56(5):258-265.
125. Lieberman AF, Van Horn P, Ippen CG. Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44(12):1241-1248.
126. Lieberman AF, Ghosh Ippen C, VAN Horn P. Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(8):913-918.
127. Jouriles EN, McDonald R, Rosenfield D, et al. Reducing conduct problems among children exposed to intimate partner violence: a randomized clinical trial examining effects of Project Support. *J Consult Clin Psychol.* 2009;77(4):705-717.
128. Sullivan CM, Bybee DI, Allen NE. Findings from a community-based program for battered women and their children. *J Interpers Violence.* 2002;17(15):1793-1796.
129. Cohen JA, Mannarino AP, Iyengar S. Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011;165(1):16-21.
130. Bybee D, Sullivan CM. Predicting re-victimization of battered women 3 years after exiting a shelter program. *Am J Community Psychol.* 2005;36(1-2):85-96.
131. World Health Organization. Violence and injury prevention: intervening with perpetrators of intimate partner violence: a global perspective. WHO. 2003; [accessed 2019 Oct 18]. [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/intervening/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/intervening/en/).
132. Holt VL, Kernic MA, Lumley T, Marsha EW, Frederick PR. Civil protection orders and risk of subsequent police-reported violence. *JAMA.* 2002;288(5):589.
133. Fellmeth GLT, Heffernan C, Nurse J, Shakiba H, Dinesh S. Educational and skills-based interventions for preventing relationship and dating violence in adolescents and young adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;19(6):CD004534.
134. Robinson AL. Reducing repeat victimization among high-risk victims of domestic violence: the benefits of a coordinated community response in Cardiff, Wales. *Violence Against Women.* 2006;12(8):761-788.
135. Robinson AL, Tregidga J. The perceptions of high-risk victims of domestic violence to a coordinated community response in Cardiff, Wales. *Violence Against Women.* 2007;13(11):1130-1148.
136. Tiwari A, Leung WC, Leung TW, Humphreys J, Parker B, Ho PC. A randomised controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *BJOG.* 2005;112(9):1249-1256.
137. Kiely M, El-Mohandes AAE, El-Khorazaty MN, Susan MB, Marie GG. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy. *Obs Gynecol.* 2010;115(2, Part 1):273-283.
138. Stewart DE. The international consensus statement on women's mental health and the WPA consensus statement on interpersonal violence against women. *World Psychiatry.* 2006;5(1):61-64.
139. Canadian Orthopaedic Association. Intimate partner violence position statement and best practice recommendations. 2019; [accessed 2019 Oct 18]. <https://coa-aco.org/wp-content/uploads/2017/01/COA-Intimate-Partner-Violence-Position-Statement-and-Best-Practice-Recommendations-APRIL2019-ENG.pdf>.
140. Wathen CN, Tanaka M, Catallo C, et al. Are clinicians being prepared to care for abused women? A survey of health professional education in Ontario, Canada. *BMC Med Educ.* 2009;9(1):34.
141. Kirmayer LJ, Fung K, Rousseau C, et al. Guidelines for training in cultural psychiatry. *Canadian Psychiatric Association position paper. Can J Psychiatry.* 2011;57(3):1-17.



## Reconnaître la violence entre partenaires intimes et y répondre

Donna E Stewart, MD, FRCPC<sup>1</sup>; Harriet MacMillan, MD, MSc, FRCPC<sup>2</sup>; Melissa Kimber, PhD, MSW, RSW<sup>3</sup>

*Cet énoncé de principe a été substantiellement révisé par le Comité des normes et pratiques professionnelles l'Association des psychiatres du Canada (APC) et approuvé par le Conseil d'administration de l'APC le 30 janvier 2020. L'énoncé de principe original,<sup>1</sup> dorénavant document historique, a d'abord été approuvé par le Conseil d'administration le 13 décembre 2012.*

### Introduction

La violence entre partenaires intimes (VPI) (aussi nommée violence conjugale) s'entend du comportement d'un partenaire intime ou d'un ex-partenaire qui peut causer ou cause des torts physiques, sexuels ou psychologiques. Ces comportements sont notamment l'agression physique, la contrainte sexuelle, l'abus psychologique et les comportements de contrôle.<sup>2</sup> Le harcèlement et l'exploitation financière ont été ajoutés à la liste des comportements de VPI par certaines autorités.<sup>3</sup>

Les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies ont offert des définitions et des exemples de quatre principaux types de VPI.<sup>4</sup> La VPI physique comprend frapper, étouffer, secouer, mordre, pousser, attraper, gifler, brûler, égratigner, tirer par les cheveux, et la menace ou le fait d'utiliser une arme ou des contraintes,

ainsi que d'autres gestes d'agression physique. La VPI sexuelle comporte des tentatives ou des actes sexuels forcés, y compris des actes posés quand un partenaire n'est pas capable de donner un consentement éclairé en raison de l'alcool, des drogues ou d'une incapacité mentale. La VPI sexuelle peut comporter l'exploitation de la vulnérabilité économique ou du statut d'immigrant, l'intimidation, ou les fausses promesses (de mariage), ainsi que la dégradation sexuelle ou les menaces. La VPI psychologique comprend l'utilisation de communication verbale et non verbale pour blesser une autre personne mentalement ou émotionnellement et/ou exercer un contrôle sur leurs comportements ou leurs décisions. Ce sont par exemple une agression expressive (dégradation, dénigrement, humiliation), des jeux d'esprit, l'exploitation de la vulnérabilité, le contrôle de la santé reproductive ou sexuelle, des menaces de violence envers

<sup>1</sup> Professeure, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario; directrice et chercheuse principale, Women's Health, University Health Network, Toronto, Ontario; membre du conseil d'administration et représentante canadienne, World Psychiatric Association, Genève, Suisse.

<sup>2</sup> Professeure émérite, Départements de psychiatrie et de neurosciences comportementales et de pédiatrie, et titulaire de la chaire David R. (Dan) Offord en études de l'enfant, Centre Offord d'études de l'enfant, Université McMaster, Hamilton, Ontario.

<sup>3</sup> Professeure adjointe, Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales et membre principale du Centre Offord d'études de l'enfant, Université McMaster, Hamilton, Ontario.

© Tous droits réservés 2020. Association des psychiatres du Canada. Toute reproduction, citation ou paraphrase de ces sommaires, intégrale ou partielle, sans l'autorisation écrite de l'APC est interdite. Les commentaires des membres sont les bienvenus et seront adressés au conseil ou au comité approprié. Veuillez adresser vos observations au président de l'Association des psychiatres du Canada, 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa (Ontario) K1P 5J3; tél. : 613-234-2815; téléc. : 613-234-9857; courriel : president@cpa-apc.org. Référence 2020-62.

Avis : L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser chaque énoncé de principe, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision. Tout document qui a été publié plus de cinq ans auparavant et dans lequel il n'est pas mentionné explicitement qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

les gens ou les animaux, ainsi que le contrôle contraignant, qui comprend limiter l'accès à l'argent, aux amis ou à la famille, une surveillance excessive ou des menaces de faire du tort à soi ou aux autres.<sup>4,5</sup> Le harcèlement dans la VPI consiste dans une attention répétée non voulue, qui fait que la personne craint pour sa sécurité personnelle ou celle d'une connaissance.<sup>6</sup> Il comporte par exemple surveiller ou suivre des messages électroniques ou téléphoniques répétés, espionner, laisser des cadeaux ou des objets menaçants pour le partenaire ou ex-partenaire, ou endommager la propriété d'un partenaire actuel ou passé.<sup>5</sup>

La VPI peut se produire chez tous les genres et le terme « partenaire intime » n'implique pas que les personnes qui sont exposées à cette forme de violence aient des antécédents d'intimité sexuelle ou de relation maritale.<sup>2,7</sup> Bien que la VPI puisse survenir dans toute relation intime, notamment les fréquentations, elle affecte de façon disproportionnée les femmes et les minorités de genre/sexuelles, mais elle peut aussi être dirigée sur les hommes. La VPI est souvent assimilée à la violence familiale, à la violence au foyer et à la violence conjugale, mais ces termes demeurent imprécis et certains englobent la violence à l'égard d'enfants dans les catégories de violence familiale ou au foyer, ce qui risque de semer la confusion. Lorsque la victime de VPI est une femme, nous entendons souvent parler de violence à l'endroit des femmes, de femmes battues ou de violence conjugale. Ces expressions ont ceci de commun qu'elles laissent sous-entendre que la violence est un mode d'expression du pouvoir, du contrôle et de la domination par divers comportements incessants, souvent en escalade, surtout après que la relation a cessé.<sup>5</sup> La VPI enfreint les droits humains et peut entraîner de sérieuses répercussions sur la santé physique et mentale, dont la mort. La VPI est un problème méconnu qui peut avoir d'énormes conséquences sur la santé des femmes et des enfants. Elle constitue un problème social et de santé publique majeur répandu dans le monde entier, qui entraîne de coûts considérables d'ordre personnel, sanitaire, économique, et social.<sup>3,5,8</sup> Une étude chiffre les coûts de la VPI au Canada à 7,2 milliards de dollars par an dans le groupe des femmes âgées de 19 à 65 ans qui ont quitté un partenaire violent.<sup>9</sup>

Le présent énoncé de principe examine l'épidémiologie de la VPI (notamment les populations et situations spéciales), les facteurs de risque, ses effets nocifs sur la santé, ainsi que les approches d'identification, d'évaluation, de documentation, d'intervention, de pronostic, de prévention, d'éducation et de recherche. De plus, le document offre des recommandations des

pratiques exemplaires en psychiatrie. Il met en relief les principaux constats et les thèmes qui émergent de la recherche scientifique à l'échelle internationale, et surtout les données factuelles au Canada. L'Association des psychiatres du Canada (APC) traite déjà de la question de la VPI dans ses lignes directrices sur l'évaluation et la prise en charge de la violence familiale<sup>10</sup> publiées en 1992, et dans un énoncé de principe de 2013<sup>1</sup> sur la violence, mais de nouvelles informations et ressources exigent une mise à jour à ce sujet.<sup>2,11-13</sup>

La VPI est associée à un grand nombre de problèmes de santé qu'éprouvent les patients vus par un psychiatre, notamment la dépression, les troubles anxieux, le trouble de stress post-traumatique (TSPT), la douleur chronique, les troubles de l'alimentation, les troubles du sommeil, les troubles psychosomatiques et autres troubles liés à l'utilisation d'alcool et de substances, les comportements suicidaires ou autodestructeurs, les troubles de la personnalité (tels que l'état limite ou la personnalité antisociale), la psychose non affective et les comportements à risque pour la santé. La raison d'être de cet énoncé est donc évidente.<sup>14</sup> La VPI devrait être une question d'importance vitale pour les professionnels de la santé mentale et plus précisément, pour les psychiatres.

## Épidémiologie

### *Données auto-déclarées*

La VPI est perpétrée dans tous les pays sans égard à la culture, à la religion ou au statut socio-économique. En général, la VPI est un phénomène de genre car les femmes en sont affectées de façon disproportionnée. Toutefois, les données probantes indiquent qu'elle peut être exercée par un homme à l'endroit d'une femme ou par une femme à l'endroit d'un homme ou dans des relations impliquant des partenaires de même sexe. Elle peut survenir entre partenaires mariés, vivant en union libre, cohabitants ou en relation intime, dont des fréquentations. En général, la plupart des données ont trait à la violence exercée par des hommes à l'égard de femmes dans le cadre d'une relation hétérosexuelle, comme en font foi les sections suivantes. Les comparaisons entre le Canada et d'autres pays sont difficiles à établir en raison des différences de définitions de la VPI, des méthodes d'enquête et des mesures, notamment la période de référence de l'exposition à la VPI (p. ex., durée de vie contre 12 mois précédents, contre relation actuelle).

La meilleure comparaison entre pays nous vient de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans son « Étude multipays sur la santé des femmes et la violence

domestique à l'égard des femmes », bien que les données du Canada n'y soient pas recensées. Les données de prévalence de 10 pays indiquent une variation significative de l'exposition de durée de vie des femmes à la violence physique et/ou sexuelle par un partenaire intime masculin actuel ou ancien; les estimations de la prévalence allaient de 15 à 71 pour cent chez les femmes ayant eu un partenaire. Dans tous les sites, sauf un, les femmes sont plus à risque de violence d'un partenaire actuel ou ancien que de toute autre forme de violence par d'autres personnes. En outre, l'incidence de la VPI n'est pas la même en région rurale et en région urbaine, étant habituellement plus élevée en milieu rural.<sup>15</sup>

Statistique Canada a collecté des données sur la VPI auprès d'hommes et de femmes du pays pour la première fois en 1999 lors de son enquête sociale générale (ESG) dans la population, une enquête quinquennale sur les expériences de violence et de victimisation des Canadiens de 15 ans et plus.<sup>16</sup> En 1999, une proportion presque égale d'hommes et de femmes ont déclaré avoir été victimes de violence physique (7% et 8%, respectivement) dans le cadre d'une relation intime dans les cinq dernières années.<sup>16</sup> En 2009, 11,9% de l'échantillon de l'ESG déclarait une exposition soit à la VPI physique ou sexuelle, soit à la VPI émotionnelle ou de contrôle/abus financier. Les données de 2014 font état d'un taux moindre d'exposition à la VPI physique ou sexuelle, quatre pour cent des Canadiens de 15 ans et plus déclarant une de ces formes de VPI ou les deux, dans les cinq ans auparavant, sans différence entre hommes et femmes.<sup>17</sup> Quatorze pour cent des Canadiens de 15 ans et plus ont dit avoir expérimenté la violence émotionnelle ou financière d'un conjoint ou d'un conjoint de fait à un moment dans le passé.<sup>18</sup> Notamment, les types les plus sérieux de VPI, notamment l'agression sexuelle, et être battu, étouffé, menacé d'un couteau ou d'une arme ont été déclarés par 25 pour cent des Canadiens victimes d'abus, les agressions étant deux fois plus probables chez les femmes que les hommes.<sup>18</sup> Les femmes victimes étaient aussi plus susceptibles que les hommes d'avoir une blessure physique, (40 c. 24%), d'avoir été victimes d'une tentative de meurtre ou de mort (0,2% des victimes mais 78% étaient des femmes) et sont plus susceptibles de souffrir d'un TSPT suivant une VPI.<sup>18</sup>

### ***Données Canadiennes sur le crime***

Les données administratives annuelles de l'Enquête sur les homicides au Canada (EHC) et l'Enquête sur la déclaration uniforme de la criminalité (DUC) offrent de précieux aperçus de l'étendue de la VPI déclarée aux services de police canadiens. En général, la VPI rapportée

à la police est beaucoup plus faible que celle qui est auto-déclarée. En 2016, dans 79% des cas de VPI déclarés à la police, les femmes sont les victimes identifiées et la majorité des personnes accusées dans ces cas sont des hommes (80%).<sup>19</sup> Bien que la majorité des VPI rapportées par la police (82%) impliquent des partenaires de sexe opposé où les femmes sont les victimes et les hommes les auteurs, environ 55% des VPI de même sexe rapportées à la police impliquent des partenaires masculins.<sup>20</sup> En outre, la violence avec un conjoint ou un ex-conjoint ou dans le cadre de fréquentations était la forme de violence la plus commune déclarée à la police par les femmes en 2017, les femmes et les filles représentant près de 8 à 10 rapports de VPI cette année-là. En ce qui a trait aux jeunes, en 2010, environ un pour cent des cas de victimisation dans le cadre de fréquentations rapportés par la police impliquaient des adolescents de 12 à 14 ans; quelque 93% de ces rapports de victimisation étaient faits par des femmes et 52% d'entre eux impliquaient une agression sexuelle.<sup>21</sup> En 2017, 15 535 femmes âgées de 15 à 24 ans ont déclaré une victimisation dans le cadre de fréquentations aux services de police canadiens: 19% et 11% de ces rapports réfèrent à un partenaire actuel plutôt qu'ancien, respectivement.<sup>22</sup> Notamment, ces résultats propres au genre sont demeurés constants dans les cycles de la DUC.<sup>19</sup> Les menaces, les injures, le fait de limiter les contacts avec la famille ou les amis ont été rapportés par 8% des femmes et 6% des hommes.<sup>6</sup> Il est important de noter que de nombreux incidents de VPI ne sont pas déclarés à la police en raison de la honte, de l'embarras, du déni, de la peur de ne pas être cru, de la peur du rejet ou des représailles, ou de se croire responsable de la violence. Les facteurs de risque de la violence dans les fréquentations sont notamment l'abus passé, les croyances et les attitudes, de faibles aptitudes aux relations, la consommation d'alcool et de drogues, les influences des pairs et la pornographie.<sup>23</sup>

### ***Violence bilatérale (c.-à-d., réciproque dans le couple)***

Le stéréotype qui a longtemps prévalu voulait que l'homme violent utilise une violence grave et unilatérale à l'endroit d'une victime féminine non violente. Nous savons désormais que la violence bilatérale est plus répandue que ce que nous estimions, mais les femmes subissent le fardeau écrasant de morbidité et de mortalité associé à la violence entre partenaires intimes.<sup>24</sup> La violence réciproque que l'on désigne habituellement comme violence situationnelle, est considérée comme étant moins grave que le schéma de violence grave ou de terrorisme intime propre à la VPI, caractérisée par des

menaces, de multiples gestes violents et un comportement autoritaire, voire contrôlant. La recherche indique que, le plus souvent, les coups et blessures infligés à la femme sont le fait d'un homme. Les femmes canadiennes sont plus susceptibles que les hommes victimes de VPI de subir des agressions sexuelles (88%), le harcèlement criminel (76%) et des communications indécentes ou harcelantes (72%).<sup>6</sup> Dans l'ESG de 2014, le harcèlement (une forme de harcèlement criminel) a été auto-déclaré par 6% de Canadiens; 21% de ces déclarations impliquaient un partenaire intime actuel ou passé. Parmi les déclarations de harcèlement, les femmes étaient les victimes de façon disproportionnée. Comparé aux hommes, l'exposition des femmes au harcèlement est plus susceptible de se produire parallèlement à l'exposition à la violence au terme d'une relation avec un conjoint. Les menaces ou l'intimidation, des appels téléphoniques obscènes ou silencieux répétés étaient fréquents, mais les comportements de VPI qui ont le plus augmenté entre 2004-2014 étaient des courriels ou textos indésirables, ou des messages sur les médias sociaux.<sup>6,11</sup> Ces formes constantes de VPI ont encore des répercussions significatives économiques et sur la santé des femmes.<sup>25-30</sup> Le rapport de 2018 sur la Violence fondée sur le sexe et les comportements sexuels non désirés au Canada, bien qu'il ne soit pas axé sur les relations entre partenaires intimes, rapportait que 32% des femmes et 13% des hommes subissaient des comportements sexuels indésirables en public, notamment une attention sexuelle non voulue, un contact physique ou des commentaires sur leur sexe ou leur genre.<sup>31</sup>

Malgré une exposition et des répercussions plus sévères pour les femmes, la violence physique et la violence psychologique sont aussi recues par les hommes. Cependant, le contexte dans lequel ces gestes se produisent n'a pas été évalué, et les données probantes indiquent qu'au sein des relations hétérosexuelles, les deux sexes sont parfois les coupables. Les hommes ont déclaré des ecchymoses, éraflures, lésions génitales, traumatisme crânien mineur, lacérations et blessures internes. Leur exposition à la VPI fait aussi que les hommes se sentent émasculés, marginalisés, honteux et embarrassés. Des hommes ayant déclaré des actes de violence commis contre eux affirment que les professionnels de la santé et des services juridiques, ainsi que leurs amis et voisins, ont accueilli leur déclaration avec scepticisme ou n'y ont tout simplement pas cru.<sup>32</sup> Cette incrédulité est plus évidente dans le contexte de la violence sexuelle, car peu savent que la peur, la colère ou la douleur peuvent provoquer une érection et l'éjaculation au même titre que l'excitation sexuelle consensuelle.<sup>33</sup>

### *Populations et situations spéciales*

**Facteurs culturels.** Les valeurs profondément ancrées à propos de la priorité relative des buts et de l'autonomie de la personne (l'individualisme) et de ceux de la société (le collectivisme) à laquelle la personne appartient sont présumées être liées aux taux de VPI. La culture collectiviste patriarcale a une conception rigide des rôles sexuels, souscrit au principe de l'emprise de l'homme sur la femme, associe masculinité et domination, maîtrise, honneur et agressivité et admet la violence comme moyen de résoudre les conflits dans les relations intimes.<sup>34-37</sup> De même la recherche qualitative sur les femmes de communautés soumises à la culture collectiviste affirme que celles-ci ne peuvent qu'endurer plutôt que de rejeter la VPI afin de préserver les valeurs culturelles, la famille et l'honneur. Une récente méta-analyse qui examine les facteurs culturels ou structurels du risque de la VPI rapporte des données probantes longitudinales, quantitatives émergentes à l'appui de ces affirmations.<sup>5,38</sup>

**Nouveaux arrivants.** Les populations migrantes au Canada, dont les immigrants et les réfugiés, font face au même type de VPI que leurs pairs non migrants, mais des difficultés additionnelles liées à leur statut de migration, notamment la peur de la déportation, la perte du statut de réfugié, l'isolement social, les menaces de mariage forcé, l'incapacité de parler l'une des langues officielles, l'exclusion économique ou les valeurs collectivistes ou religieuses qui soutiennent et privilégient le pouvoir des hommes et gardent la famille entière et l'empêchent de divulguer « des affaires privées », tout cela peut empêcher ces personnes de déclarer leur exposition à la violence dans des enquêtes ou à la police. Même si des études communautaires sur la VPI comportant des immigrants indiquent des taux élevés de violence, la mesure dans laquelle ces taux diffèrent de ceux des non-migrants n'est pas concluante.<sup>39</sup> Les méthodes, les questions de mesure, l'accès et l'acceptation de certains types de VPI chez les groupes d'immigrants/réfugiés rendent difficile de comparer la prévalence.<sup>40,41</sup>

**Peuples autochtones.** Les Premières Nations, les Métis et les Inuit (collectivement nommés « Autochtones ») représentent 4,9% de la population canadienne.<sup>42</sup> Des données probantes de l'ESG de 2014 et des données nationales sur le crime indiquent que les personnes autochtones sont plus que deux fois plus susceptibles que leurs homologues non autochtones de déclarer une exposition à la VPI physique dans les cinq dernières années (9 c. 4%). De plus, les femmes autochtones étaient trois fois plus susceptibles de déclarer une VPI comparativement aux femmes non autochtones (10 c.

3%), mais aucune différence n'a été observée entre hommes autochtones et non autochtones. Les personnes autochtones victimes de la VPI sont également plus susceptibles que les non-autochtones de souffrir des formes les plus sérieuses de la VPI, comme être battu, strangulé, menacé d'une arme ou agressé sexuellement (52% c. 23%). Les personnes autochtones sont aussi plus susceptibles de déclarer une exposition à la violence dans l'enfance ou à de la négligence par un aidant adulte (40%), un facteur réputé être associé à la violence conjugale ultérieure. Les personnes autochtones étaient également plus susceptibles dans l'enfance d'avoir été exposées à la VPI commise par un parent, un beau-parent ou un gardien.<sup>11,42</sup> Un étude longitudinale marquante en 8 cycles comportant des données d'adolescents de 15 à 19 ans qui vivaient dans une de sept réserves aux États-Unis et au Canada ont déclaré que 31% des jeunes avaient déjà subi la VPI physique dans leur vie.<sup>43</sup> La dynamique de la VPI et de la violence dans les fréquentations dans les communautés autochtones a été liée à la colonisation, à la violence structurelle, à la pauvreté, au racisme, à la discrimination, aux pensionnats, au système des foyers d'accueil, aux troubles liés à l'utilisation d'alcool et de substances, et à la perte des coutumes et de la culture traditionnelles.<sup>44</sup>

*Patients psychiatriques.* Des taux plus élevés de VPI ont été constatés chez les femmes utilisatrices de services psychiatriques dans plusieurs pays.<sup>14,45-47</sup> Selon une revue systématique et une méta-analyse de 41 études, le rapport des cotes de VPI de durée de vie est de 2,77 chez les femmes souffrant d'un trouble dépressif, de 4,08 chez les femmes aux prises avec un trouble anxieux et de 7,34 chez les femmes en état de stress post-traumatique, par rapport aux femmes qui n'éprouvent pas de problèmes de santé mentale. Des études démontrent que le rapport des cotes de VPI augmente chez les femmes comme chez les hommes dans toutes les catégories diagnostiques, y compris les psychoses, et que la prévalence demeure plus élevée chez la femme que chez l'homme. Étant donné le peu d'études longitudinales disponibles, il est impossible de déterminer la direction du lien de causalité.<sup>14</sup>

*Minorités de genre et sexuelles.* Il y a une absence de longue date de données sur la prévalence canadienne de la VPI chez les lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, allosexuels ou personnes d'orientation sexuelle incertaine, personnes intersexuées et bispirituelles (LGBTQQI2S). Bien que certaines de ces lacunes soient en voie d'être comblées, nombre d'entre elles persistent. En 2016, Statistique Canada a rapporté qu'environ un pour cent des tous les couples légalement mariés ou

conjoints de fait au Canada avaient des conjoints de même sexe, à l'instar des données du Royaume-Uni et de l'Australie.<sup>11</sup> Les personnes qui se sont auto-déclarées lesbiennes, gais ou bisexuelles étaient deux fois plus susceptibles de déclarer la violence conjugale que les couples hétérosexuels (8 c. 4%). Dans le cadre des fréquentations, la double prévalence de la VPI chez les partenaires de même sexe comparé aux partenaires hétérosexuels est demeurée stable dans les 5 dernières années (18 c. 9%), la prévalence étant encore plus élevée chez les femmes lesbiennes/bisexuelles comparé à leurs homologues masculins (23 c. 11%).

La violence entre les partenaires intimes de même sexe rapportée à la police au Canada entre 2009 et 2017 révèle que ces incidents représentaient 3% de tous les incidents de VPI rapportés.<sup>20</sup> Plus de 55% de la VPI de même sexe rapportée à la police impliquait des partenaires masculins. Les voies de fait graves et l'usage d'une arme étaient également plus communs chez les hommes (18% comparé à 12% chez les femmes). Les homicides impliquant des partenaires de même sexe représentaient 5% de tous les homicides liés à la VPI pour cette période. Les victimes rurales de la VPI de même sexe (35% de tous les cas de VPI de même sexe) étaient plus susceptibles de demander qu'aucun recours ne soit pris contre l'accusé. Les stéréotypes de genre sur la violence et la violence mutuelle de même que les stigmates sociaux peuvent être des facteurs de ces décisions.<sup>20</sup> Certains facteurs de risque uniques, comme la menace de dévoiler l'orientation sexuelle ou de divulguer le statut du virus d'immunodéficience humaine (VIH), les stigmates sociaux et l'absence de refuges d'urgence pour les victimes des minorités sexuelles ont été identifiés.<sup>48</sup>

Une enquête canadienne sur la VPI menée auprès de 7 918 répondants en milieu de travail a constaté que 8,5% rapportaient un statut de minorité de genre ou sexuelle.<sup>49</sup> Les participants de la minorité de genre ou sexuelle étaient significativement plus susceptibles de rapporter la VPI et qu'elle continuait en milieu de travail ou à proximité, qu'elle influait négativement sur leur rendement et leurs collègues. Ils ont aussi déclaré une mauvaise santé mentale et une mauvaise qualité de vie. Certains syndicats et gouvernements provinciaux ont soutenu des politiques de congé payé pour violence conjugale. Une étude américaine a constaté que 51,8% des personnes transgenres rapportaient la VPI de durée de vie comparé à 34,2% des personnes cisgenres. Les personnes LGBTQQI2S subissent généralement des taux plus élevés de toutes les formes de VPI.<sup>50,51</sup>

*Personnes vivant avec un handicap.* Les personnes vivant avec un handicap ne forment pas un groupe homogène; Statistique Canada reconnaît quatre catégories d'incapacité (sensorielle, physique, cognitive et de santé mentale), qui peuvent toutes varier en gravité, et interagir avec de nombreuses autres caractéristiques sociodémographiques pour influencer sur le risque que court la personne d'une exposition à la VPI.<sup>52</sup> Comparé aux hommes, les femmes ont une prévalence déclarée plus élevée d'un handicap qui limite leurs activités quotidiennes (14,9 c. 12,5%) et environ 23% des femmes et 22% des hommes qui vivent avec un handicap déclarent une exposition à la VPI dans les 5 dernières années (taux beaucoup plus élevé que ceux vivant sans handicap). Parmi ceux qui ont subi la violence conjugale, 39% des femmes vivant avec un handicap rapportent les formes les plus graves de violence comparativement aux hommes (16%). Les expériences particulières de VPI des personnes vivant avec un handicap sont notamment le partenaire violent qui restreint l'accès de la personne à ses aides à la mobilité, aux médicaments ou aux technologies médicales. Les données de Statistique Canada indiquent que l'abus émotionnel ou financier d'un partenaire est rapporté par 22% des femmes et 21% des hommes vivant avec un handicap. Les femmes vivant avec une déficience cognitive déclaraient une forme d'exposition à la VPI plus souvent que leurs homologues masculins (43 c. 27%) ce qui était plus évident pour l'agression physique ou sexuelle (16 c. 9%), respectivement.<sup>52</sup>

*Période périnatale.* La VPI peut commencer, prendre de l'ampleur ou diminuer durant la grossesse ou l'année du postpartum. Des études canadiennes indiquent des taux de VPI entre 6% et 10,5% durant la grossesse. Les facteurs de risque de l'exposition prénatale à la VPI sont notamment un abus précédent, être âgée de moins de 20 ans, un faible revenu, être célibataire, des événements de vie stressants, la dépression, l'utilisation de substances et d'alcool.<sup>53,54</sup> L'exposition à la VPI était quatre fois plus susceptible d'être déclarée par les femmes si la grossesse n'était pas planifiée ou désirée.<sup>55</sup> L'exposition à la VPI durant la grossesse est associée à une mauvaise santé néonatale et maternelle, dont la dépression maternelle.<sup>56</sup> À noter, les données probantes indiquent que l'exposition à la VPI chez les femmes tend à accroître après la naissance du bébé.<sup>57</sup>

*Consommation d'alcool par les agresseurs et victimes de VPI.* La consommation d'alcool entraîne une augmentation de l'occurrence et de la gravité de la VPI.<sup>58-60</sup> L'alcool altère le fonctionnement cognitif et physique, diminue la capacité de se maîtriser et affaiblit la

faculté de résoudre un conflit relationnel sans violence.<sup>61</sup> La consommation d'alcool excessive de l'un des partenaires peut aggraver les difficultés financières du couple, les problèmes de garde d'enfants, l'infidélité,<sup>62</sup> ou accentuer d'autres stressors familiaux, devenir une source de tension et de désaccord et accroître le risque de VPI.<sup>63</sup> L'alcool peut empêcher le partenaire victimisé de percevoir les signes et les manifestations de violence, d'y résister ou d'y échapper. Subir la VPI peut mener à la consommation d'alcool comme méthode d'adaptation ou d'automédication.<sup>64</sup> Cependant, la mentalité individuelle ou sociétale voulant que l'alcool soit la cause de l'agression peut encourager le comportement violent après avoir bu et l'alcool peut devenir un prétexte au comportement violent.<sup>65</sup> Il est fort probable que la consommation d'autres substances se traduise par une prévalence accrue de VPI, mais l'absence de données fiables ne permet pas de confirmer cette supposition.

*Pauvreté.* Bien que la VPI puisse être perpétrée, et se produise de fait, dans tous les groupes socio-économiques, elle s'installe le plus souvent chez des gens pauvres.<sup>66,67</sup> Cette constatation tient en partie du moins à ce que les personnes jouissant d'une certaine aisance financière ont un certain pouvoir, un niveau d'instruction et un plus grand nombre d'options à leur disposition pour échapper aux relations violentes et à ce que l'insuffisance des ressources financières occasionne un stress accru au quotidien.

*Personnes âgées.* De meilleures données sont désormais disponibles pour les Canadiens de 65 ans et plus qui subissent la VPI, notamment la négligence, et l'abus physique, sexuel, émotionnel et financier.<sup>68</sup> On estime que seulement 20% des incidents dans ce groupe d'âge sont rapportés à la police en raison des obstacles de langue, de culture, de santé, de transport et de technologie. Les rapports de police sur la violence contre les personnes âgées révèlent que la victimisation par un conjoint était le type d'abus le plus commun (33%) pour les femmes, alors que la victimisation par un enfant était l'abus le plus commun rapporté par les hommes (34%).<sup>68</sup> Les homicides liés à la famille contre des personnes âgées sont en hausse, le conjoint étant le contrevenant pour 50% des femmes victimes et 8% des hommes victimes.<sup>68</sup> Le partenaire violent peut souffrir d'isolement social, être rongé par le stress, souffrir d'une maladie mentale ou être rongé par le stress, souffrir d'une toxicomanie. Sans compter que la démence et d'autres troubles neurologiques peuvent être des facteurs majeurs dans cette propension à la violence, alors que l'altération cognitive doublée d'une déficience sensorielle peut conduire à une perte de contact avec la

réalité et une pensée paranoïaque. L'atteinte du lobe frontal peut chasser l'inhibition normale et être à l'origine de l'absence apparente de remords et de lucidité de l'auteur des actes de violence. Il importe de se rappeler que la personne âgée peut être agressive, violente, voire dangereuse. Néanmoins, la violence entre partenaires intimes âgés est souvent perçue comme étant moins sérieuse et l'agresseur s'attire plus de sympathie en raison de son apparence de fragilité ou d'incapacité physique, ce qui complique la tâche d'estimer la véritable prévalence et les conséquences de la VPI chez les personnes âgées.<sup>69</sup>

## Indicateurs de risque

De nombreuses études canadiennes, dont des enquêtes nationales menées auprès d'un échantillon représentatif de la population générale, et des études de grande envergure dans d'autres milieux font ressortir sensiblement les mêmes caractéristiques démographiques, relationnelles et spécifiques des partenaires à titre d'indicateurs du risque de VPI, dont le jeune âge, l'union de fait par opposition au mariage, la séparation, la relation avec un chômeur ou un partenaire sous-employé, la situation économique précaire, l'alcoolisme ou la toxicomanie.<sup>5</sup> Des études internationales considèrent les troubles de la personnalité, la psychose, la dépression, les difficultés conjugales et le dysfonctionnement familial comme étant des facteurs de risque de violence exercée par le partenaire masculin.<sup>5</sup> On a noté certains traits chez des auteurs de VPI, dont la jalousie malade, la passivité agressive, la faible estime de soi, l'incapacité à s'affirmer, l'inémotivité, les carences sociales et l'inaptitude sexuelle.<sup>69</sup> Quant aux victimes masculines, l'homme plus jeune est de quatre à cinq fois plus à risque de VPI que l'homme d'âge mûr (plus de 45 ans). Les facteurs de risque écologique de la VPI sont des facteurs individuels, du partenaire, familiaux et communautaires/sociaux.<sup>5</sup> Bien que la VPI puisse se produire dans toute relation intime, les facteurs individuels de la victimisation sont entre autres l'exposition antérieure à la VPI (cycle d'abus intergénérationnel), l'exposition à la maltraitance dans l'enfance, la pauvreté, l'incapacité, l'identité autochtone, le statut de minorité de genre/sexuelle, l'utilisation de substances et le chômage. Les facteurs de perpétration au niveau individuel comprennent l'utilisation de substances, le besoin de sur-contrôle, l'exposition à la maltraitance dans l'enfance, l'exposition à la VPI, les attitudes négatives à l'endroit des femmes, le chômage, une faible instruction et d'autres partenaires. Les facteurs familiaux sont notamment la domination masculine, le conflit conjugal, la violence comme moyen de résoudre des différends et la pauvreté. Il y a de nombreux facteurs communautaires et sociaux; par

exemple, l'inégalité entre les sexes, l'acceptation culturelle de la VPI, le manque de cohésion communautaire, l'accès restreint au divorce, la propriété ou l'héritage des biens, la présentation de la VPI dans les médias, les lois patriarcales ou les valeurs religieuses, et l'absence de politiques ou de protections juridiques contre la VPI. Les facteurs de protection identifiés dans certaines études sont entre autres l'égalité des sexes, la surveillance et l'application de politiques efficaces contre la VPI, les services pour les victimes, des environnements sécuritaires, un mariage officiel, un statut socio-économique plus élevé et une meilleure instruction.<sup>5,38</sup>

## Répercussions sur la santé

### *Répercussions sur la santé mentale*

La VPI est continuellement associée à des taux élevés de dépression, de troubles anxieux (particulièrement les phobies et les troubles de panique), le TSPT, l'abus d'alcool et d'autres substances, les troubles du sommeil, les troubles psychosomatiques, les comportements suicidaires et actes autodestructeurs subséquents aux épisodes de violence.<sup>5,12,70,71</sup> La dépression et le TSPT ont la prévalence la plus élevée des troubles de santé mentale associés à la VPI, et une comorbidité considérable accompagne ces deux troubles.<sup>72</sup> Une méta-analyse d'études menées auprès de femmes ayant subi la VPI révèle que la prévalence moyenne de dépression est de 47,6% et que celle du trouble de stress post-traumatique est de 63,8%, des taux plus élevés que dans la population féminine en général, d'un facteur de 3,5 pour la première et de 5,0 pour le second.<sup>73</sup> Des sentiments de perte, de honte, de culpabilité, l'humiliation, le sentiment d'être prise au piège et l'impossibilité de maîtriser la situation contribuent à la baisse de l'estime de soi et à l'apparition de la dépression.<sup>74,75</sup> D'autres études ont aussi fait ressortir des taux accrus de troubles alimentaires, de troubles de la personnalité antisociale et limite, et de psychose non affective chez les femmes exposées à la VPI.<sup>12,15,73,76-79</sup> La VPI est aussi associée à des comportements risqués pour la santé, dont l'abus de drogues et d'alcool, les comportements à risque sexuel et le tabagisme.<sup>5</sup> Comme les données probantes suggèrent que la dépression et le trouble de stress post-traumatique sont des médiateurs par lesquels la violence affecte la santé physique,<sup>27,80,81</sup> il devient évident que la prise en charge des effets sur la santé mentale permettrait de prévenir des problèmes de santé physique, telles la douleur chronique ou la maladie cardiaque. La recherche établit en outre que lorsque la violence diminue ou cesse, la santé physique et la santé mentale s'améliorent.<sup>82</sup>



***Répercussions sur la santé physique***

Selon l'Enquête sur les homicides de 2017 de Statistique Canada, les femmes représentent environ 8 victimes sur 10 des homicides de partenaires intimes, le taux de ces derniers étant 5 fois plus grand pour les femmes que pour les hommes.<sup>22</sup> Cela s'accorde aux estimations précédentes. Précisément, entre 2003 et 2013, les services de police ont rapporté 960 homicides domestique au Canada; et 78% des victimes étaient des femmes. Dans 6 homicides aux mains d'un conjoint sur 10 (60 %) qui se sont produits de 2008 à 2018, il y avait des antécédents de violence familiale connus.<sup>83</sup>

Les taux d'homicide pour les hommes et les femmes étaient substantiellement plus faibles qu'au début des années 1990, ce qui peut être attribué en partie aux taux de divorce croissants et à des taux d'emploi plus équitables pour hommes et femmes, qui offraient ainsi plus d'options aux femmes. Les lois, le respect des lois, les refuges et la défense des droits peuvent aussi contribuer à la baisse des homicides entre conjoints. À la fin des années 1990, les hommes étaient plus enclins que les femmes à se suicider par suite d'un homicide conjugal. En outre, les femmes étaient plus susceptibles de tuer leur partenaire si la violence se prolongeait ou qu'elles craignaient pour leur vie ou celle de leurs enfants. Les hommes étaient plus susceptibles de tuer leur partenaire par rage ou désespoir à cause d'une séparation réelle ou imminente<sup>84</sup>

Une série de blessures graves, dont des ecchymoses, des fractures, des lacerations, des morsures, des dents abîmées, des brûlures et d'autres peuvent être la conséquence de la VPI. Une revue systématique récente a observé que la nature de certaines blessures permet de différencier les personnes exposées à la VPI, comparé à d'autres types de blessures. Plus précisément, les blessures à la tête, au cou, à la mâchoire ou au visage survenues en l'absence de témoins (qui se produiraient par un accident de la route), sont des indicateurs. En outre, les blessures multiples sont associées à l'exposition à la VPI, alors que les blessures thoraciques ou abdominales qui se présentent seules ne permettent pas de différencier entre les femmes victimes de violence ou pas.<sup>76,85</sup>

La VPI a bien d'autres répercussions sur la santé physique, notamment sur la santé reproductive, et l'apparition de maladies chroniques et de maladies infectieuses. Selon une revue systématique et une méta-analyse de l'OMS et d'autres études, la VPI peut entraîner, en plus des blessures précédentes, des syndromes de douleur chronique, de la fibromyalgie, des troubles gastro-intestinaux, dont le syndrome du côlon

irritable, des troubles du sommeil, l'inactivité physique, l'incapacité et la détérioration générale de l'état fonctionnel ou de la qualité de vie liée à la santé.<sup>5,12,76,86</sup> La VPI est également associée à des troubles gynécologiques, l'infertilité, la maladie inflammatoire pelvienne, des complications durant la grossesse, la fausse couche, la dysfonction sexuelle ou reproductive, les comportements sexuels à risque, les infections transmissibles sexuellement, dont le VIH et le sida, l'avortement non salubre ou forcé et la grossesse non désirée.<sup>5,12,76</sup> Cette forme de violence infligée à la femme durant la grossesse met en péril non seulement la santé maternelle, mais également la santé fœtale. Les coups et blessures à l'abdomen peuvent compromettre l'évolution de la grossesse et provoquer une naissance prématurée ou la mort périnatale.<sup>12,76,87-90</sup>

***Exposition des enfants à la VPI***

Être témoin d'épisodes de violence psychologique, physique, sexuelle, financière ou affective entre des adultes qui sont des partenaires intimes ou l'ont été ou qui sont des membres de la famille est, pour un enfant, une forme de maltraitance dans bien des endroits au Canada<sup>2,91</sup> qui peut avoir des répercussions à brève ou à longue échéance sur sa santé physique et mentale. L'exposition à la VPI durant l'enfance entraîne un risque accru de problèmes d'ordre physique, psychologique, social, affectif et comportemental, notamment de troubles de l'humeur et de troubles anxieux, de problèmes scolaires et de troubles d'utilisation de substances dans l'enfance et à l'adolescence.<sup>2,91-95</sup> Les effets négatifs peuvent perdurer à l'âge adulte et donner lieu à un cycle de violence intergénérationnelle.<sup>91,95,96</sup> Les enfants exposés à la VPI à la maison sont plus enclins à maltraiter leurs propres enfants<sup>96,97</sup> et à entretenir des relations amoureuses marquées par la violence à l'âge adulte (qu'ils en soient l'auteur ou la victime).<sup>98-101</sup> Les enfants exposés à la VPI sont plus vulnérables que les autres enfants à d'autres types de violence exercée par les personnes qui en prennent soin (p. ex., la violence physique ou sexuelle).<sup>102,103</sup>

**Dépistage, évaluation, documentation*****Victimes de VPI***

Le dépistage universel de la VPI ne fait l'objet d'aucunes données probantes, d'après trois essais contrôlés randomisés (ECR) menés au Canada,<sup>104</sup> en Nouvelle-Zélande<sup>105</sup> et aux États-Unis.<sup>106,107</sup> Dans ces trois essais, le dépistage de la VPI n'a ni réduit celle-ci ni amélioré l'état de santé,<sup>106</sup> un fait souligné dans la plupart des revues systématiques majeures fondées sur des données probantes<sup>108-110</sup> mais pas nécessairement reflété dans

certaines lignes de conduite spécifiques de la pratique.<sup>111,112</sup> Cet écart peut contribuer à la confusion chez les décideurs et les professionnels de la santé. Même si le dépistage n'est pas recommandé, il est particulièrement important pour les cliniciens de santé mentale d'être attentifs aux signes et symptômes de l'exposition à la VPI, et de pratiquer la recherche de cas de la VPI dans l'évaluation des patients qui présentent une vaste gamme de signes ou de symptômes psychologiques, comme il est discuté ci-dessus. Par conséquent, l'examen des antécédents en matière de victimisation ou de perpétration actuelle ou passée de VPI des auteurs ou des victimes devrait faire partie de l'évaluation clinique de tous les patients, hommes et femmes, dans le milieu de soins de santé mentale, de toxicomanie ou de soins périnataux. Cette investigation devient une recherche de cas puisqu'elle inclut des questions sur des actes de violence commis ou subis dans le cadre de l'évaluation diagnostique; il ne s'agit pas de dépistage, qui relève plutôt de questions uniformes posées de la même manière à tous les patients.<sup>2</sup> La connaissance des antécédents de VPI est nécessaire à la formulation du diagnostic et à la détermination des modalités thérapeutiques; en l'absence de cette information, le clinicien risque de passer outre à un facteur déterminant de l'apparition et de la persistance de la maladie mentale et à la possibilité d'interventions.<sup>69</sup> La plupart des victimes de VPI qui consultent dans le domaine de la santé présentent des signes ou des symptômes vagues ou des doléances somatiques chroniques, dont la douleur chronique, plutôt que des signes évidents de traumatisme physique, sexuel ou émotionnel. Certains comportements sont indicateurs de VPI, comme la consultation tardive ou l'absence au rendez-vous à de multiples reprises.<sup>113</sup> Le manque de connaissances ou d'intérêt pour la VPI, les contraintes de temps, la crainte de représailles ou d'avoir à témoigner ne sont pas des motifs acceptables pour les professionnels de la santé mentale de se défilier devant cette tâche d'étudier la possibilité de VPI. Il faut noter que certaines personnes et organisations préfèrent le terme « survivant » de la VPI qui devrait être utilisé s'il est connu.

De nouvelles ressources éducatives en ligne du projet VEGA (Violence, Evidence, Guidance, Action) financé par l'Agence de la santé publique du Canada, ont été mises au point pour aider les prestataires de soins de santé et de services sociaux à reconnaître la violence familiale et à y répondre de façon sécuritaire, y compris la VPI, l'exposition des enfants à la VPI et la maltraitance des enfants.<sup>2</sup> Les ressources de VEGA comprennent un manuel, des vidéos de guide pratique et des scénarios éducatifs interactifs visant à accroître les connaissances et les aptitudes. On y trouve des exemples de questions et de réponses pour les cliniciens qui

peuvent être utiles pour les guider (à l'adresse <https://vegaproject.mcmaster.ca/fr-ca/accueil>). Le programme d'études international axé sur les compétences pour les prestataires de soins de santé mentale sur la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes, de l'Association mondiale de psychiatrie, qui a été traduit en 10 langues contient aussi des fichiers didactiques, des scénarios de cas, des vignettes sur vidéo et des références utiles (à l'adresse <http://www.wpanet.org>).

La consultation dans un cadre privé en toute sécurité et confidentialité s'avère essentielle pour mener une évaluation diagnostique complète qui comprend des questions sur la VPI. Il y a de nombreux obstacles au dévoilement de la VPI par les patients, notamment la peur de représailles du partenaire violent, la censure familiale ou communautaire, par gêne ou honte, en raison d'une dépendance financière ou par appréhension en ce qui concerne la garde des enfants, le statut d'immigrant ou des procédures judiciaires. Il est important de poser des questions en privé sur l'exposition à la VPI (sans que personne ne soit présent, y compris le partenaire ou un enfant plus âgé qu'un bébé); si l'interrogation et (ou) la réponse est entendue, le patient pourrait être à risque de plus de VPI.<sup>2</sup> Des dispositions spéciales pourraient être nécessaires pour les immigrants ou les réfugiés dont la langue principale n'est pas l'anglais ou pour qui le fait de parler en privé sans les autres membres de la famille ou les partenaires peut être perçu comme étant une demande inhabituelle ou insensible à leur culture. Le patient doit être vu seul, ou par un intervieweur de même sexe si la culture l'indique, et famille et amis ne devraient pas servir d'interprètes. La compétence culturelle devrait permettre à une personne non seulement de rejeter la violence mais de maintenir également son identité culturelle. Les patients ne savent pas forcément que la VPI est un crime au Canada et que des services de soutien sont offerts. Certains ne considèrent pas ce qui se passe dans leur relation intime ou le conflit avec un partenaire comme un problème dont on peut parler à un professionnel de la santé

Il est souhaitable de commencer l'entretien sur la VPI par des questions sur les relations du patient en général. Le clinicien peut commencer ainsi: « Comment ça va à la maison? » ou « Comment vous entendez-vous avec votre partenaire? » Voici des suggestions de questions de suivi à poser le cas échéant:

- Comment votre partenaire réagit-il quand il y a mésentente dans la famille? Ces conflits vous effraient-ils?
- Parfois les partenaires ou ex-partenaires utilisent la force physique. Cela vous arrive-t-il?

- Vous êtes-vous senti humilié ou blessé émotionnellement par votre partenaire ou ex-partenaire?
- Vous sentez-vous en sécurité dans votre relation actuelle ou précédente?
- Avez-vous déjà été menacé ou blessé physiquement par votre partenaire ou ex-partenaire?
- Avez-vous été forcé d'avoir une activité sexuelle quelle qu'elle soit par votre partenaire ou ex-partenaire?

Lorsque le partenaire victime de violence dévoile la VPI la première fois, le clinicien doit réagir d'abord en validant l'expérience (par exemple, « la violence est malheureusement fréquente dans notre société » [ou « dans bien des familles »]), en insistant sur le caractère inacceptable de la violence (par exemple, « tout le monde devrait pouvoir se sentir en sécurité à la maison ») et en offrant du soutien (par exemple, « il y a des choses dont nous pouvons parler qui pourraient vous aider »). Le professionnel de la santé mentale doit absolument s'abstenir de toute parole négative à l'égard de son patient (par exemple, « pourquoi ne le quittez-vous pas? ») ou de toute critique (avez-vous fait quelque chose pour provoquer sa colère? Ne faites pas ça »; de telles réactions peuvent accentuer les sentiments d'impuissance, d'infériorité ou de culpabilité de la victime.<sup>69</sup> Le clinicien doit être conscient de la complexité de la VPI et respecter les inquiétudes et les décisions du patient. Tout entretien au cours duquel le patient dévoile des incidents de VPI doit inclure des questions visant à vérifier la sécurité du patient dans les conditions actuelles. Si le patient présentant des blessures, des signes ou des symptômes évocateurs de VPI nie être victime de cette forme de violence, le clinicien devrait aborder le sujet à nouveau lors de la prochaine consultation alors que le climat de confiance mieux établi pourrait faciliter le dévoilement.<sup>2</sup>

La VPI chez les adultes ne peut faire l'objet d'une plainte à la police à moins qu'un clinicien ne craigne un risque grave imminent pour le patient ou quelqu'un d'autre. Bien que la décision de faire appel aux autorités appartienne habituellement seulement au patient victime de violence, une divulgation indiquant qu'un enfant est aussi victime de violence ou qu'il est à risque de dommages liés à l'exposition à la VPI parmi des aidants entraîne automatiquement de porter une plainte obligatoire aux services de protection de l'enfance (SPE) provinciaux ou territoriaux. La législation varie d'une province ou d'un territoire à un autre; il est donc important que le clinicien connaisse les dispositions législatives applicables dans la

région où il exerce sa profession. La confidentialité a ses limites, notamment en ce qui concerne le signalement obligatoire aux services de la protection de l'enfance, et le clinicien doit en informer son patient avant de lui poser des questions sur l'exposition à la VPI.<sup>2</sup> Le lieu de travail du clinicien (y compris les hôpitaux) peut offrir des directives spécifiques à propos du questionnement sur la VPI et de la façon de réagir au dévoilement de la VPI dans le cadre de la sécurité du milieu de travail, et les psychiatres devraient connaître les politiques de leur milieu de travail.

La décision de quitter un partenaire violent peut être longue à prendre et elle se prendra sans doute en franchissant les six étapes du modèle de changement proposé par Prochaska, à savoir la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la terminaison.<sup>114,115</sup> Les femmes qui prévoient quitter une relation de VPI doivent être averties du risque de violence plus grave (parfois même d'homicide) qui s'accroît durant et après la rupture.<sup>11</sup> Il faut tenir compte de la sécurité chaque fois qu'une personne divulgue la VPI, et de simples questions peuvent être utiles, comme « Vous sentez-vous en sécurité de retourner à la maison aujourd'hui? » et « Votre partenaire a-t-il une arme? »

*Évaluation.* Après avoir divulgué la VPI, le patient victime de violence devrait recevoir une évaluation psychiatrique complète, pour déceler tout trouble de l'humeur, anxieux, de la personnalité, psychotique, d'utilisation de substances ou un syndrome cérébral organique qui a pu précéder ou suivre la VPI. Les séquelles psychologiques de la VPI doivent être notées et il faut rassurer le patient qu'elles sont communes et peuvent se résoudre spontanément ou être traitées.

En général, les études qui examinent ce que les femmes victimes de VPI souhaitent comme réactions après qu'elles en ont parlé révèlent qu'elles aimeraient que le médecin pose des questions sur la violence, qu'il les écoute, qu'il les croie, qu'il se préoccupe d'elles, qu'il s'abstienne de tout jugement, et qu'il offre du soutien et qu'il les dirige vers les ressources appropriées: refuge, services sociaux et services juridiques.<sup>116</sup> Elles ne veulent pas subir de pression pour les forcer à dévoiler leurs antécédents de VPI (ou à quitter leur partenaire); elles préfèrent qu'on leur demande d'un ton posé, rassurant, en toute confidentialité (sous réserve de l'obligation de signaler la violence à l'endroit d'un enfant, tel qu'il est mentionné ci-dessus). Il est important de préciser à la patiente que tout le monde a le droit de vivre sans subir de violence.

### ***Les auteurs de VPI***

Les auteurs de VPI peuvent présenter un trouble de la personnalité, d'utilisation de substances, de dépression, de crainte de perdre le contrôle, de jalousie malade, de paranoïa ou d'une dysfonction cérébrale. Des questions comme: « Que se passe-t-il quand vous perdez votre sang-froid? » « Avez-vous déjà été violent ou avez-vous menacé quelqu'un? » « Avez-vous eu une relation avec cette personne? », peuvent les amener à dévoiler leur comportement violent. Si tel est le cas, le clinicien devrait poursuivre l'entretien en posant des questions précises sur les actes de violence. Une étude canadienne indique que les patients psychiatriques hommes et femmes auteurs de VPI se rangeaient dans l'un des groupes suivants: soit des personnes généralement violentes et antisociales; soit des personnes à la personnalité limite et dysphoriques; soit des personnes souffrant d'une psychopathologie faible.<sup>117</sup> Les troubles de la personnalité étaient les plus communs. L'information divulguée par les auteurs de VPI ne doit pas être écartée du revers de la main, minimisée, accueillie avec indifférence ou d'une façon qui semble adhérer à la justification du recours à la violence.<sup>69</sup> L'évaluation du partenaire violent devrait idéalement être menée par un professionnel qui ne traite pas la victime afin d'éviter un conflit d'intérêts et une révélation accidentelle ou inadvertante d'information confidentielle qui peut placer la victime à haut risque. L'information collatérale sur le partenaire violent venant d'autres personnes dans sa vie (p. ex., d'autres fournisseurs, des membres de la famille indépendants) devrait être recherchée pour accroître la véracité. Une évaluation clinique structurée devrait inclure les troubles psychiatriques ou de la personnalité aigus ou chroniques, la fréquence du modèle, la gravité de la violence, toute condamnation criminelle, ainsi que leur perception et leur jugement de leur comportement. Divers outils peuvent servir d'aide-mémoire dans l'évaluation du risque de récurrence de la VPI, notamment l'Évaluation des risques de violence conjugal (SARA),<sup>118</sup> basée sur l'instrument de gestion de risque clinique historique en 20 items (HCR-20).<sup>119</sup>

### ***Documentation***

La consignation minutieuse et exacte de la consultation au dossier médical, pour les victimes ou les auteurs, revêt une importance vitale dans la surveillance, le diagnostic, la formulation et la planification du traitement. Elle pourra être nécessaire dans le cadre d'une procédure judiciaire.<sup>120</sup> Le clinicien devrait noter le compte rendu du patient et la chronologie des épisodes de VPI, le lien entre cette violence et les symptômes psychiatriques de

l'auteur ou de la victime et les répercussions sur la victime. Il importe de distinguer les faits des opinions.<sup>69</sup> L'information factuelle est utile, notamment la documentation des blessures visibles de la victime (illustrées par un schéma ou une photographie), la description personnelle des épisodes ou des manifestations de VPI et du contexte dans les propres mots du patient, et les notes du médecin sur l'état mental du patient. Le contenu du dossier du patient n'est dévoilé qu'avec le consentement écrit du patient ou qu'en vertu d'une assignation à témoigner (à moins qu'il ne s'agisse d'un signalement à la protection de l'enfance).

## **Prise en charge, traitement et pronostic**

### ***Victimes de VPI***

Suivant une évaluation psychiatrique détaillée d'un adulte exposé à la VPI, le traitement des symptômes ou conditions devrait être conforme aux lignes directrices de la pratique nationale énoncées par des professionnels bien au fait de la VPI et de ses conséquences.<sup>2</sup> La démarche thérapeutique sera fonction du diagnostic psychiatrique et elle tiendra compte d'aspects propres au patient, de la relation, de la trajectoire de la violence, de la disposition du patient à changer, de la culture et des caractéristiques de la VPI.

Les interventions auprès des personnes soumises à la VPI a pour objectifs de les aider à se prendre en charge et de les diriger vers les ressources communautaires utiles comme des refuges, des services d'hébergement et de planification de mesures de sécurité, du counseling et des services juridiques. Une revue systématique de toutes les études contrôlées sur des interventions auprès des victimes de VPI, dont certaines effectuées en milieu de soins de santé, conclut à une diminution de la violence, à l'amélioration du soutien social, de la qualité de vie et des comportements sécuritaires et à la hausse de l'utilisation des ressources communautaires.<sup>108,121</sup> Les refuges offrent la sécurité aux femmes à un risque modéré de VPI pour elles et leurs enfants.<sup>2</sup>

Dans une revue systématique d'études contrôlées sur des interventions psychologiques pour la VPI, les victimes ont mentionné des améliorations de leur condition psychologique, notamment la dépression, le TSPT et l'estime de soi, grâce à une vaste série d'interventions psychologiques dont la thérapie cognitive individuelle ou de groupe axée sur le traumatisme.<sup>122,123</sup> Pour les victimes de VPI et celles qui vivent avec un désordre de stress post-traumatique consécutif, il semble y avoir un certain nombre d'interventions possibles. Plus précisément, une revue systématique mise à jour par

l'Agence pour la recherche et la qualité des soins de santé portant sur les traitements psychologiques et pharmacologiques a constaté une puissance d'efficacité élevée (PDE) pour la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), l'exposition à des traitements mixtes de TCC, et une PDE modérée pour la thérapie du processus cognitif, la thérapie cognitive, la thérapie de désensibilisation et reprogrammation par mouvement des yeux et la thérapie d'exposition narrative afin d'améliorer les symptômes liés au TSPT. Parmi les pharmacothérapies, une PDE modérée a été constatée pour la fluoxétine, la paroxétine et la venlafaxine et une PDE faible pour la sertraline, l'olanzapine, la rispéridone, le topiramate et la prazosina.<sup>123</sup> Bien qu'aucune étude repérée n'ait identifié la résilience comme résultat principal, les composantes de la résilience, comme l'estime de soi, l'auto-efficacité et une meilleure qualité de vie, ont été évaluées dans certaines études sur les interventions incluses dans la revue.<sup>124</sup> Notamment, la plupart des études incluses dans cette revue ont été menées auprès de femmes qui ont quitté le partenaire violent, et l'efficacité des interventions chez les hommes et les personnes vivant encore des épisodes de violence et aux prises avec le TSPT est inconnue.<sup>113</sup> Les interventions pour les couples peuvent prendre diverses formes notamment des séances multi-couple ou couple individuel qui peuvent offrir des séances séparées pour la victime et l'auteur. En général, les interventions axées sur les couples sont reconnues poser des risques de sécurité à la victime et ne sont pas d'une efficacité certaine. La thérapie de couple n'est donc pas recommandée, surtout pour les personnes qui subissent le terrorisme du partenaire intime (revue systématique VEGA). Les données probantes sur le travail avec toute la famille ne sont pas concluantes.<sup>2</sup>

Des études menées auprès d'enfants exposés à la VPI démontrent des résultats positifs de certaines interventions, comme la psychothérapie enfant-parent,<sup>125,126</sup> la psychoéducation sur les habiletés parentales et l'offre de soutien aux mères,<sup>127</sup> la défense des droits à l'intention des mères et de leurs enfants jumelée à un groupe de soutien et de psychoéducation pour les enfants,<sup>128</sup> la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme comportant des séances individuelles pour la mère et l'enfant et des séances conjointes.<sup>129</sup> Ces interventions centrées sur la dyade mère-enfant sont associées à une réduction des problèmes de comportement<sup>125-127</sup> et/ou des symptômes de stress post-traumatique des enfants<sup>125,126,129</sup> et à l'amélioration de l'estime et de la compétence de soi chez les enfants.<sup>128</sup> Elles sont prometteuses quant au

niveau des données probantes mais doivent être répliquées.

Pour les victimes de VPI, le pronostic demeure incertain, car les études sur les interventions se déroulent avec de petits échantillons, une période de suivi courte et le taux d'attrition est élevé. L'étude de cohorte examinant l'histoire naturelle de la VPI est rare. Plusieurs études descriptives font état de femmes qui quittent un partenaire violent et établissent une relation saine et équilibrée avec un autre partenaire. Cependant, une étude de suivi de femmes ayant bénéficié d'une intervention de défense des droits en quittant un refuge constate que 44% d'entre elles ont subi une agression de la part du partenaire initial ou d'un nouveau partenaire dans les trois ans et demi suivant le départ du refuge. En outre, malgré les taux de récurrence significativement plus faibles dans le groupe d'intervention au suivi de deux ans, cette différence n'était pas maintenue au suivi de 3 ans. Cependant, il faut souligner qu'il y avait une amélioration significative de la qualité de vie et du soutien social chez les femmes qui participaient à l'intervention sur la défense des droits, par rapport à celles qui n'ont pas suivi l'intervention.<sup>130</sup> Nous n'avons pas identifié de données quant au pronostic pour les hommes ou encore pour les victimes de sous-groupes particuliers.

### *Auteurs de VPI*

Divers programmes ont été élaborés pour les partenaires violents, dont certains sont volontaires et d'autres, imposés par le tribunal. Presque tous sont destinés aux hommes violents et l'observance est souvent faible. Les données probantes sur l'efficacité sont partagées,<sup>131</sup> même si les entrevues motivationnelles peuvent être prometteuses et demandent plus de recherche. Il n'y a aucune étude sur les femmes auteures de violence ou des auteurs s'identifiant comme minorités de genre/sexuelles. Le but de l'intervention est donc, outre traiter toute maladie mentale qui peut être présente, d'encourager la personne violente à assumer la responsabilité de l'acte de VPI, de reconnaître les déclencheurs internes et externes de la VPI, de reconnaître et de prendre la responsabilité des conséquences de leur violence. Des stratégies comportementales spécifiques qui peuvent réduire le risque de perpétration de la violence, l'incitation à réduire la consommation d'alcool ou de drogues, et adresser la personne à des services appropriés pour les auteurs de violence peuvent être utiles pour des personnes ciblées.<sup>69</sup> Certaines données probantes suggèrent que des ordonnances civiles de protection permanentes (non temporaires) pour les hommes violents peuvent réduire la VPI future.<sup>132</sup>

## Prévention

La prévention primaire de la VPI consiste dans les programmes éducatifs axés sur le développement des relations respectueuses, sur les stratégies de résolution de conflits, sur la modification des attitudes et sur l'acquisition de connaissances. Cependant, une revue systématique Cochrane des interventions visant à prévenir la violence dans les relations et les fréquentations des adolescents et des jeunes gens n'a constaté aucune donnée probante convaincante que ces programmes diminuent la violence dans les relations/fréquentations, les attitudes, les comportements ou les habiletés. Le seul effet positif noté dans la revue concerne l'amélioration des connaissances au sujet de la violence dans les relations.<sup>133</sup>

Malgré que les données probantes scientifiques soient encore manquantes, nombre d'instances recommandent la collaboration intersectorielle entre les services de santé, les services sociaux, les services d'éducation et les services juridiques, ainsi que la concertation entre les spécialités et les disciplines de la santé, afin de promouvoir la prévention de la VPI et des politiques.<sup>134,135</sup> Les médias peuvent également jouer un rôle en sensibilisant le public aux répercussions négatives de la VPI sur la santé mentale tout en censurant les déclarations sensationnelles voulant que cette forme de violence soit acceptable ou un fait admis culturellement.<sup>135</sup> Il n'en demeure pas moins nécessaire d'évaluer l'efficacité de ces démarches dans la diminution de la VPI.

Certaines initiatives de prévention secondaire de la VPI ont été décrites à l'intention de femmes enceintes; ce sont des programmes de défense des droits et d'appropriation du pouvoir d'agir qui ont permis de réduire la violence psychologique et la violence physique mineure et d'améliorer l'évolution de la grossesse.<sup>136,137</sup> Un programme intensif de défense des droits (12 heures au moins) réduit la violence physique dans les 12 à 24 mois chez les femmes ayant quitté un refuge, mais pas lors de périodes de suivi plus courtes ou plus longues.<sup>130</sup> D'autres modalités thérapeutiques ont déjà fait l'objet de discussion dans les sections précédentes.

## Éducation et recherche

Certaines associations de psychiatres (par exemple la World Psychiatric Association<sup>138</sup> et le Royal College of Psychiatrists<sup>60</sup>) et quelques associations canadiennes de médecins spécialistes, outre l'Association des psychiatres du Canada (notamment la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada<sup>87</sup> et l'Association canadienne d'orthopédie<sup>139</sup>) ont publié des énoncés de principe et formulé des objectifs de formation sur le sujet de la VPI.

L'enseignement de la VPI, par un spécialiste de la question, devrait être prévu durant la formation en psychiatrie, pré- et post-doctorale, et offert aux diplômés en médecine de l'étranger et à tous les professionnels de la santé mentale. À l'heure actuelle, les taux d'inclusion de contenu lié à la VPI dans les programmes d'études médicales ou paramédicales, y compris dans le domaine de la santé mentale, sont très faibles.<sup>140</sup> Cette formation devrait faire partie du programme d'études et comporter un volet didactique et un volet clinique. Le volet didactique devrait couvrir la prévalence de la VPI (notamment dans les populations spéciales), l'étiologie, les répercussions sur la santé (particulièrement sur la santé mentale), les questions à poser sur cette forme de violence et sur la sécurité dans le cadre de la recherche de cas, les interventions en cas d'incapacités liées à la VPI, l'évaluation du risque et la prise en charge des victimes et des auteurs de violence. Les programmes de perfectionnement professionnel continu (PPC) devraient aussi comporter de la formation sur la VPI. Tous les psychiatres devraient connaître et mettre en œuvre les recommandations et lignes directrices que renferme le présent énoncé de principe: Reconnaître la violence entre partenaires intimes et y répondre: une mise à jour (à la lumière de l'énoncé de principe de l'APC sur les compétences culturelles<sup>141</sup>).

Pour ce qui est de la recherche, nous disposons de plusieurs études descriptives sur la VPI, chez les femmes en particulier, mais il importe d'explorer la violence exercée par les femmes à l'égard des hommes et la violence dans les populations sensibles. Les études évaluatives sur des interventions efficaces visant la prévention et le traitement des victimes et des auteurs de violence en sont à leur tout début, et les lacunes dans ce domaine sont importantes. Ainsi, il y a un besoin important de recherches rigoureuses comparant diverses méthodes d'intervention psychologique, ciblant les personnes à différentes étapes de leurs trajectoires face aux expériences de violence ainsi que des études vérifiant l'effet des interventions de différentes durées et les périodes de suivi. L'évaluation des interventions axées sur le patient ou le système devrait reposer sur des mesures de résultats standardisées ou comparables.

## Résumé

- La VPI est un problème dont l'ampleur est sous-estimée; qui touche tous les sexes, les cultures et les situations socio-économiques.
- La VPI a d'importantes répercussions sur la santé et le bien-être économique et social personnel.

- La VPI peut se produire dans les relations hétérosexuelles et les relations de minorité de genre/sexuelle, et peut être perpétrée par une personne s'identifiant à un sexe ou un genre et par des personnes non binaires.
- Les données canadiennes de 2014 indiquent qu'une proportion égale d'hommes et de femmes (4 %) ont été victimes de violence physique dans les cinq dernières années. Les données pour les populations spécifiques et d'autres formes de VPI sont substantiellement plus élevées.
- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à rapporter une VPI sévère, une violence chronique ou d'être tuées. Elles sont également plus nombreuses à subir du harcèlement criminel ou à être tuées, suite à une rupture.
- L'exposition à la VPI a des effets nocifs sur les enfants et d'autres membres de la famille.
- Dans certains groupes de la population, le risque de VPI est plus important. C'est notamment le cas pour les femmes autochtones, les minorités de genre/sexuelles, les personnes handicapées, les personnes qui se fréquentent, les personnes qui ont des troubles d'abus d'alcool et de drogues, les personnes à faible revenu et les personnes ayant un ex-partenaire violent.
- Les problèmes de santé mentale liés à la VPI sont : la dépression, les troubles anxieux, la douleur chronique, les troubles de l'alimentation, les troubles du sommeil, les troubles psychosomatiques, les problèmes d'alcool et de drogues, les comportements suicidaires ou autodestructeurs, la psychose; des troubles de la personnalité et des comportements à risque pour la santé comme la témérité et le tabagisme. Étant donné que la VPI constitue un déterminant majeur de la santé mentale, il est d'importance vitale que les professionnels de la santé en tiennent compte.
- Parmi les problèmes de santé physique découlant de la VPI figurent la mort, différentes formes de blessures, des troubles de santé reproductive, des troubles gastro-intestinaux, la douleur chronique, la fibromyalgie, la détérioration de la capacité fonctionnelle et de la qualité de vie liée à la santé. Une maladie transmissible sexuellement, une grossesse non désirée et l'inactivité physique figurent également parmi les conséquences de la VPI.
- Pour l'enfant, être témoin de VPI peut avoir des répercussions sur sa santé à brève ou à longue échéance, particulièrement sur sa santé mentale.
- Les auteurs de VPI ont souvent un trouble de la personnalité; mais les troubles d'utilisation de

substances, une forme de maladie mentale ou de dysfonction cérébrale peuvent aussi être présents.

## Recommandations visant à favoriser les pratiques exemplaires

- Les psychiatres et autres professionnels de la santé mentale devraient s'enquérir à propos de la victimisation et de la perpétration de la VPI à l'aide d'une approche de recherche de cas dans le cadre de l'évaluation clinique de tous les patients. Le patient peut ne pas être en relation active de couple et néanmoins subir ou exercer cette forme de violence.
- La recherche de cas en présence de patients avec des symptômes caractéristiques de VPI devrait être une priorité et se dérouler en toute confidentialité dans un environnement privé, sûr et empathique. Il peut être nécessaire de reprendre les questions à une consultation subséquente lorsque la relation thérapeutique est mieux établie.
- Une attention particulière à la recherche de cas devrait être portée à certains sous-groupes de la population et à des situations où le risque de VPI est plus élevé.
- Le clinicien devrait s'enquérir de la sécurité actuelle (évaluation du risque) du patient qui dévoile ses antécédents de VPI et le diriger vers les services appropriés (refuges, centres de ressources locaux, services sociaux, services juridiques, ou la police si c'est indiqué).
- La sécurité devrait être une préoccupation continue, en particulier si le partenaire violent envisage de rompre la relation de violence.
- La documentation exhaustive et minutieuse des notes au dossier du patient victime ou auteur de VPI est essentielle. Le contenu du dossier ne devrait être dévoilé qu'avec le consentement du patient ou qu'en vertu d'une assignation à comparaître.
- Le clinicien est tenu de prévenir les instances de protection de l'enfance, conformément à la législation de la province ou du territoire où il exerce sa profession, quand il sait qu'un enfant est témoin de VPI ou qu'il est en danger. Il devrait informer les victimes de cette obligation de signaler de tels cas et des limites de la confidentialité dans la divulgation de certains faits.
- Le professionnel de la santé mentale devrait s'informer de l'état des enfants de la famille et déterminer s'il y a lieu de les référer à une évaluation de difficultés émotionnelles ou comportementales.

- La démarche thérapeutique est fonction du diagnostic psychiatrique, des guides de pratique et elle tient compte d'aspects particuliers de la personne, de la relation et de la trajectoire de la violence, de la disposition du patient à changer, de la culture et des caractéristiques de la VPI. Le professionnel de la santé mentale devrait envisager la référence vers des services de défense des droits et juger de la nécessité d'offrir des interventions psychologiques précises, tel qu'il est mentionné ci-dessus. Il devrait connaître l'efficacité modérée prouvée de certains médicaments psychotropes pour traiter le TSPT après la VPI tel qu'il est mentionné ci-dessus.
- Le psychiatre devrait connaître les principes de l'évaluation et de la gestion du risque pour les appliquer lorsqu'il traite un auteur de VPI. Outre la maladie mentale ou la toxicomanie le cas échéant, le traitement est centré sur le comportement violent de l'auteur; le psychiatre intervient pour aider l'auteur à se responsabiliser pour la violence exercée et ses conséquences, à cerner les éléments déclencheurs du comportement violent et à se doter de stratégies comportementales destinées à mettre un terme à la VPI.
- Le sujet de la VPI devrait figurer au programme d'études en psychiatrie et au programme d'études dans les disciplines de la santé mentale; il devrait être enseigné par un spécialiste en la matière. La formation sur ce sujet devrait porter sur la prévalence et l'étiologie du phénomène, sur la façon d'évaluer la possibilité de VPI et sur la réaction du clinicien lorsque le patient en parle, et sur la gamme d'interventions utiles en cas de VPI. Le sujet devrait être prévu au programme de perfectionnement professionnel continu. Les psychiatres devraient connaître et mettre en œuvre les lignes directrices que renferme le présent énoncé de principe de l'APC.
- La recherche devra continuer à explorer la question de la VPI au Canada, notamment dans certains sous-groupes particuliers de la population, et à évaluer l'efficacité des interventions visant la prévention et le traitement, ainsi que les séquelles en santé mentale.
- L'Association des psychiatres du Canada devrait multiplier les occasions d'aborder le sujet avec d'autres organisations professionnelles du domaine de la santé (médecins de famille, urgentistes, orthopédistes, pédiatres, obstétriciens et gynécologues, dentistes, infirmières et travailleurs sociaux, par exemple) et des intervenants d'autres secteurs (services sociaux, éducation, services juridiques et médias) dans une optique d'échange

des connaissances sur la prévention, les politiques et la pratique clinique eu égard à la VPI, de même que les interventions de défense des droits dans ce domaine. Il pourrait s'agir notamment de la sensibilisation du public au fait que la VPI est un déterminant critique de la santé mentale et de la censure des déclarations qui banalisent la VPI, ou la considèrent acceptable ou normale.

## Reconnaissance

La Dre Stewart et la Dre MacMillan ont été les deux chercheuses co-principales de PreVAiL soutenues par une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada, de l'Institut du genre et de la santé, et de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INMHA) (#: RDG99326).

La Dre MacMillan est dirigeante du projet Violence, Evidence, Guidance, Action (VEGA) financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Elle est soutenue par la Chaire de santé Chedoke en pédopsychiatrie.

La Dre Kimber est directrice, la Dre Stewart est co-directrice et la Dre MacMillan est conseillère chez VEGA à la section Préparer les praticiens à reconnaître et à réagir à la violence familiale, soutenu par l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans cet énoncé de principe ne représentent pas nécessairement les points de vue de l'Agence de la santé publique du Canada.

Les auteurs remercient Dr Pierre Gagné pour ses suggestions et son aide dans la préparation de la version française de cet énoncé de principe.

## Bibliographie

1. Stewart DE, MacMillan H, Wathen N. La violence entre partenaires intimes. *Can J Psychiatry* 2013;58(6):1-15.
2. VEGA Family Violence Education Resources. VEGA Education. VEGA Education. Available from: <https://vegaeducation.mcmaster.ca/> (2019, vu le 12 septembre 2019).
3. Centers for Disease Control (CDC). Intimate Partner Violence. Violence Prevention Injury Center CDC. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/index.html> (2018, vu le 12 septembre 2019).
4. Breiding M, Basile K, Smith S, et al. Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements version 2.0. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, GA. Available from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/intimatepartnerviolence.pdf> (2015, vu le 17 septembre 2019).
5. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, et al. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève (CH). [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/fr/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/) (2002, vu le 20 juillet 2020).



6. Burczyk M. Le harcèlement criminel au Canada. 2014. Section 1. À l'adresse: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54893/01-eng.htm> (2018, vu le 23 septembre 2019).
7. World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/1/9789241564007\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/1/9789241564007_eng.pdf) (2010, vu le 20 octobre 2016).
8. Garcia-Moreno C, Watts C. Violence against women: an urgent public health priority. *Bull World Health Organ* 2011;89(1):2.
9. Zhang T, Hoddenbagh J, McDonald S, et al. Une estimation de l'impact économique de la violence conjugale au Canada, 2009. [https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/vf-fv/rr12\\_7/rr12\\_7.pdf](https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/vf-fv/rr12_7/rr12_7.pdf) (2012, vu le 12 septembre 2019).
10. Bishop J, Patterson PG. Guidelines for the evaluation and management of family violence. *Can J Psychiatry* 1992;37(7):458-81.
11. Burczyk M, Conroy S, Savage L. La violence familiale au Canada : un profil statistique 2016. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54893-fra.pdf> (2018, vu le 8 octobre 2019).
12. Stewart DE, Vigod SN. Update on mental health aspects of intimate partner violence. *Med Clin North Am* 2019;103(4):735-749.
13. Santé publique. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2016 - Un regard sur la violence familiale au Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2016-regard-violence-familiale-canada.html> (2016, vu le 12 septembre 2019).
14. Trevillion K, Oram S, Feder G, et al. Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012;7(12):e51740.
15. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet* 2008;371(9619):1165-72.
16. Bunge VP, Locke D. La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2000. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-224-x/85-224-x2000000-fra.pdf?st=A7Kyufjs> (2000, vu le 20 juillet 2020).
17. Burczyk M. Section 1 : Tendances en matière de violence conjugale autodéclarée au Canada, 2014. Statistique Canada. Violence familiale au Canada :un profil statistique, 2014. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2016001/article/14303/01-fra.htm> (2014, vu le 20 juillet 2020).
18. Centre canadien de la statistique juridique. Violence familiale au Canada :un profil statistique, 2014. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/2016001/article/14303-fra.pdf?st=-vhS9d0L> (2016, vu le 20 juillet 2020).
19. Burczyk M. Section 3 : Affaires de violence entre partenaires intimes déclarées par la police *Statistique Canada*. Juristat. À l'adresse: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54893/03-fra.htm> (2018, vu le 20 juillet 2020).
20. Ibrahim D. La violence entre partenaires intimes de même sexe, affaires déclarées par la police au Canada, 2009 à 2017. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2019001/article/00005-fra.htm> (2019, vu le 11 septembre 2019).
21. Sinha M. Section 2: La violence entre partenaires intimes. La violence familiale au Canada: un profil statistique, 2010. (Ottawa, ON): Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2012001/article/11643/11643-2-fra.htm> (2012, vu le 20 juillet 2020).
22. Burczyk M. Section 2: Violence entre partenaires intimes au Canada, affaires déclarées par la police, 2017. Violence familiale au Canada :un profil statistique. Ottawa, Canada: Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54978/02-fra.htm> (2017, vu le 12 décembre 2019).
23. Hébert M, Daspe M-È, Lapiere A, et al. A meta-analysis of risk and protective factors for dating violence victimization: The role of family and peer interpersonal context. *Trauma Violence Abuse* 2019;20(4):574-590.
24. Johnson MP. Conflict and control: gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women* 2006;12(11):1003-18.
25. Varcoe C, Hankivsky O, Ford-Gilboe M, et al. Attributing selected costs to intimate partner violence in a sample of women who have left abusive partners: a social determinants of health approach. *Can Public Policy* 2011;37(3):359-80.
26. Wuest J, Ford-Gilboe M, Merritt-Gray M, et al. Pathways of chronic pain in survivors of intimate partner violence. *J Womens Health (Larchmt)* 2010;19(9):1665-74.
27. Wuest J, Ford-Gilboe M, Merritt-Gray M, et al. Abuse-related injury and symptoms of posttraumatic stress disorder as mechanisms of chronic pain in survivors of intimate partner violence. *Pain Med* 2009;10(4):739-747.
28. Ford-Gilboe M, Wuest J, Varcoe C, et al. Modelling the effects of intimate partner violence and access to resources on women's health in the early years after leaving an abusive partner. *Soc Sci Med* 2009;68(6):1021-1029.
29. Ansara DL, Hindin MJ. Psychosocial consequences of intimate partner violence for women and men in Canada. *J Interpers Violence* 2011;26(8):1628-1645.
30. Ansara DL, Hindin MJ. Exploring gender differences in the patterns of intimate partner violence in Canada: a latent class approach. *J Epidemiol Community Health* 2010;64(10):849-54.
31. Cotter A, Savage L. Violence fondée sur le sexe et comportements sexuels non désirés au Canada, 2018: premiers résultats de l'Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés 85-002-X *Juristat*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2019001/article/00017-fra.htm> (2019, vu le 9 décembre 2019).
32. Agence de la santé publique du Canada. Arrêtez la violence familiale. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/arretons-violence-familiale.html> (2019, vu le 18 octobre 2019).
33. Coxell AW, King MB. Male victims of rape and sexual abuse. *Sex Relat Ther* 2010;25380-391.
34. Uthman OA, Lawoko S, Moradi T. Factors associated with attitudes towards intimate partner violence against women: a comparative analysis of 17 sub-Saharan countries. *BMC Int Health Hum Rights* 2009;9(1):14.
35. Uthman OA, Lawoko S, Moradi T. Sex disparities in attitudes towards intimate partner violence against women in sub-Saharan Africa: a socio-ecological analysis. *BMC Public Health* 2010;10(1):223.
36. Do KN, Weiss B, Pollack A. Cultural beliefs, intimate partner violence and mental health functioning among Vietnamese women. *Int Perspect Psychol Res Pract Consult* 2013;2(3):149-163.

37. Hajian S, Vakilian K, Mirzaii Najm-abadi K, et al. Violence against women by their intimate partners in Shahroud in northeastern region of Iran. *Glob J Health Sci* 2014;6(3): 117-30.
38. Yakubovich AR, Stöckl H, Murray J, et al. Risk and protective factors for intimate partner violence against women: Systematic review and meta-analyses of prospective-longitudinal studies. *Am J Public Health* 2018;108(7):e1-e11.
39. Kimber MS, Boyle MH, Lipman EL, et al. The associations between sex, immigrant status, immigrant concentration and intimate partner violence: evidence from the Canadian General Social Survey. *Glob Public Health* 2013;8(7):796-821.
40. Okeke-Ihejirika P, Yohani S, Muster J, et al. A scoping review on intimate partner violence in Canada's immigrant communities. *Trauma Violence Abuse* 2018;1524838018789156.
41. Tabibi J, Ahmad S, Baker L, et al. Intimate partner violence against immigrant and refugee women. London, ON. [http://www.vawlearningnetwork.ca/our-work/issuebased\\_newsletters/issue-26/Plain-Text-Issue-26.pdf](http://www.vawlearningnetwork.ca/our-work/issuebased_newsletters/issue-26/Plain-Text-Issue-26.pdf) (2018, vu le 24 septembre 2019).
42. Statistique Canada. Les peuples autochtones au Canada: principaux résultats du recensement de 2016. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025a-fra.htm> (2017, vu le 12 septembre 2019).
43. Hautala DS, Sittner Hartshorn KJ, Armenta B, et al. Prevalence and correlates of physical dating violence among North American Indigenous adolescents. *Youth Soc* 2017;49(3):295-317.
44. Varcoe C, Ford-Gilboe M, Browne AJ, et al. The efficacy of a health promotion intervention for Indigenous women: Reclaiming our spirits. *J Interpers Violence* 2019;1-31.
45. Khalifeh H, Oram S, Osborn D, et al. Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 2016;28(5):433-451.
46. Dienemann J, Boyle E, Baker D, et al. Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. *Issues Ment Health Nurs* 2000; 21(5):499-513.
47. Heru AM, Stuart GL, Rainey S, et al. Prevalence and severity of intimate partner violence and associations with family functioning and alcohol abuse in psychiatric inpatients with suicidal intent. *J Clin Psychiatry* 2006;67(1):23-9.
48. Ard KL, Makadon HJ. Addressing intimate partner violence in lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *J Gen Intern Med* 2011;26(8):930-3.
49. Wathen CN, MacGregor JCD, Tanaka M, et al. The impact of intimate partner violence on the health and work of gender and sexual minorities in Canada. *Int J Public Health* 2018;63(8): 945-955.
50. National Coalition of Anti-Violence Programs. Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and HIV-Affected Intimate Partner Violence in 2015 A report from the National Coalition of Anti-Violence Programs 2016 Release Edition. NCAVP. New York, NY: Emily Waters. [https://avp.org/wp-content/uploads/2017/04/2015\\_ncavp\\_lgbtqipvreport.pdf](https://avp.org/wp-content/uploads/2017/04/2015_ncavp_lgbtqipvreport.pdf) (2016, vu le 11 septembre 2019).
51. Buci A. Canada – Discrimination and Violence against Lesbian, Bisexual, and Transgender Women and Gender Diverse and Two Spirit People on the Basis of Sexual Orientation, Gender Identity, and Gender Expression. Toronto, ON: Eagle Canada Human Rights Trust. [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/CAN/INT\\_CEDAW\\_NGO\\_CAN\\_25380\\_E.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/CAN/INT_CEDAW_NGO_CAN_25380_E.pdf) (2016, vu le 20 juillet 2020).
52. Cotter A. Victimization violente des femmes handicapées, 2014. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54910-fra.htm> (2018, vu le 26 septembre 2019).
53. Stewart D, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *CMAJ* 1993; 149(9):1257-63.
54. Kingston D, Heaman M, Urquia M, et al. Correlates of abuse around the time of pregnancy: Results from a national survey of Canadian women. *Matern Child Health J* 2016;20778-89.
55. Wichman CL, Moore KM, Lang TR, et al. Congenital heart disease associated with selective serotonin reuptake inhibitor use during pregnancy. *Mayo Clin Proc* 2009;84(1):23-7.
56. Alhusen JL, Ray E, Sharps P, et al. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *J Womens Health (Larchmt)* 2015;24(1):100-6.
57. Stewart DE. Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy. *CMAJ* 1994;151(11):1601-4.
58. Leonard KE, Quigley BM. Drinking and marital aggression in newlyweds: an event-based analysis of drinking and the occurrence of husband marital aggression. *J Stud Alcohol* 1999;60(4):537-545.
59. Testa M, Quigley BM, Leonard KE. Does alcohol make a difference? *J Interpers Violence* 2003;18(7):735-743.
60. Brecklin LR. The role of perpetrator alcohol use in the injury outcomes of intimate assaults. *J Fam Violence* 2002;17(3):185-197.
61. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet* 2005; 365(9458):519-530.
62. Shillington AM, Cottler LB, Compton WM, et al. Is there a relationship between “heavy drinking” and HIV high risk sexual behaviors among general population subjects? *Int J Addict* 1995; 30(11):1453-1478.
63. Loi VM, Huy VT, Minh NH, et al. Gender-based violence: the case of Vietnam. Washington, DC: World Bank Available from: <https://siteresources.worldbank.org/INTVIETNAM/Resources/Gender-Based-Violence.pdf> (1999, vu le 18 octobre 2019).
64. Wingood GM, DiClemente RJ, Raj A. Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *Am J Prev Med* 2000;19(4):270-5.
65. Field CA, Caetano R, Nelson S. Alcohol and violence related cognitive risk factors associated with the perpetration of intimate partner violence. *J Fam Violence* 2004;19(4):249-253.
66. Cohen MM, Maclean H. Violence against Canadian women. 2003. 499-504 p.
67. Leone JM, Johnson MP, Cohan CL, et al. Consequences of male partner violence for low-income minority women. *J Marriage Fam* 2004;66472-490.
68. Conroy S. Section 5: Violence familiale à l'égard des aînés déclarée par la police. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54893/05-fra.htm> (2018, vu le 26 septembre 2019).
69. Royal College of Psychiatrists. Policy statement on domestic violence. London, UK 2002.
70. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359(9314):1331-6.
71. Jordan CE. Violence and women's mental health: the pain unequalled. *Trauma, Violence, Abus* 2009;10(3):195-197.
72. Basile KC, Arias I, Desai S, et al. The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *J Trauma Stress* 2004;17(5):413-21.

73. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *J Fam Violence* 1999;14(2):99-132.
74. Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen HAFM, et al. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;120(1):3-9.
75. Astbury J, Cabral M. Women's mental health: An evidence-based review. Geneva. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66539/WHO\\_MSD\\_MDP\\_00.1.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66539/WHO_MSD_MDP_00.1.pdf) (2000, vu le 20 juillet 2020).
76. Organisation mondiale de la santé. Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9241593512/fr/> (2005, vu le 18 octobre 2019).
77. Jordan CE, Campbell R, Follingstad D. Violence and women's mental health: The impact of physical, sexual, and psychological aggression. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6(1):607-628.
78. Afifi TO, MacMillan H, Cox BJ, et al. Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females. *J Interpers Violence* 2009;24(8):1398-1417.
79. Ehrensaft MK, Moffitt TE, Caspi A. Is domestic violence followed by an increased risk of psychiatric disorders among women but not among men? A longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry* 2006;163(5):885-892.
80. Sutherland CA, Bybee DI, Sullivan CM. Beyond bruises and broken bones: the joint effects of stress and injuries on battered women's health. *Am J Community Psychol* 2002;30(5):609-36.
81. Weaver TL, Resnick H. Toward developing complex multivariate models for examining the intimate partner violence-physical health relationship: commentary on Plichta. *J Interpers Violence* 2004;19(11):1342-9.
82. Bybe D, Sulliva CM. The process through which an advocacy intervention resulted in positive change for battered women over time. *Am J Community Psychol* 2002;30(1):103-132.
83. Burczykca M. Section 2 : Violence entre partenaires intimes au Canada, affaires déclarées par la police, 2018. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2019001/article/00018/02-fra.htm> (2018, vu le 23 juillet 2020).
84. Dawson M, Bunge VP, Balde T. National trends in intimate partner homicides: Explaining declines in Canada, 1976 to 2001. *Violence Against Women* 2009;15:276-306.
85. Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, Abus* 2010;11(2):71-82.
86. AuCoin K, Beauchamp D. Répercussions et conséquences de la victimisation, ESG 2004. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/85-002-x2007001-fra.pdf?st=5jPvyXgW> (2007, vu le 18 octobre 2019).
87. Chemiak D, Grant L, Mason R, et al. Intimate partner violence consensus statement. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27(4):365-418.
88. Shah PS, Shah J, Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *J Womens Heal* 2010;19(11):2017-31.
89. Campbell J, Torres S, Ryan J, et al. Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies: A multiethnic case-control study. *Am J Epidemiol* 1999;150(7):714-726.
90. Murphy CC, Schei B, Myhr TL, et al. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2001;164(11):1567-72.
91. Gilbert R, Widom CS, Browne K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009;373(9657):68-81.
92. Gilbert R, Fluke J, O'Donnell M, et al. Child maltreatment: variation in trends and policies in six developed countries. *Lancet* 2012;379(9817):758-772.
93. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, et al. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(2):339-52.
94. Evans SE, Davies C, DiLillo D. Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggress Violent Behav* 2008;13(2):131-140.
95. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, et al. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence Vict* 2002;17(1):3-17.
96. Doumas D, Margolin G, John RS. The intergenerational transmission of aggression across three generations. *J Fam Violence* 1994;9(2):157-175.
97. Schwartz JP, Hage SM, Bush I, et al. Unhealthy parenting and potential mediators as contributing factors to future intimate violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2006;7(3):206-21.
98. Stith SM, Rosen KH, Middleton KA, et al. The intergenerational transmission of spouse abuse: A meta-analysis. *J Marriage Fam* 2000;62(3):640-654.
99. Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, et al. Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(4):741-53.
100. Carr JL, VanDeusen KM. The relationship between family of origin violence and dating violence in college men. *J Interpers Violence* 2002;17:630-46.
101. Kimber M, Adham S, Gill S, et al. The association between child exposure to intimate partner violence (IPV) and perpetration of IPV in adulthood-A systematic review. *Child Abuse Negl* 2018;76:273-286.
102. Margolin G. Effects of domestic violence on children. In: Trickett PK, Schellenbach CJ, editors. *Violence against children in the family and the community*. Washington, DC: American Psychological Association; 1998. p57-101.
103. McCloskey LA, Figueredo AJ, Koss MP. The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Dev* 1995;66(5):1239-61.
104. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, et al. Screening for intimate partner violence in health care settings: A randomized trial. *JAMA* 2009;302(5):493.
105. Koziol-McLain J, Garrett N, Fanslow J, et al. A randomized controlled trial of a brief emergency department intimate partner violence screening intervention. *Ann Emerg Med* 2010;56(4):413-423.e1.
106. Wathen CN, MacMillan HL. Health care's response to women exposed to partner violence. *JAMA* 2012;308(7):712.
107. Klevens J, Kee R, Trick W, et al. Effect of screening for partner violence on women's quality of life. *JAMA* 2012;308(7):681.
108. Feder G, Ramsay J, Dunne D, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings

- meet the UK National Screening Committee criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess (Rockv)* 2009;13(16):iii–iv, xi–xiii, 1–113, 137-347.
109. Institute of Medicine. *Clinical preventive services for women: Closing the gaps*. Washington, DC 2011.
  110. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: A systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med* 2012;156(11):796-808.
  111. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. *Violence faite aux femmes: dépistage, identification et réponse initiale. Supplément du guide*. <https://mao.ca/bpg/translations/la-violence-faite-aux-femmes-d%C3%A9pistage-identification-et-intervention-initiale> (2012, vu le 25 octobre 2019).
  112. American College of Obstetricians and Gynecologists. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion No. 518: Intimate partner violence. *Obs Gynecol* 2012;119(2 Pt 1):412-7.
  113. Feder G, MacMillan HL. Intimate partner violence. In: Goldman L, Schaefer AL, editors. *Goldman's Cecil Medicine*. New York, NY: Elsevier Saunders; 2016. p1629-1635.
  114. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot* 1997;12(1):38-48.
  115. Burke JG, Denison JA, Gielen AC, et al. Ending intimate partner violence: an application of the transtheoretical model. *Am J Health Behav* 2004;28(2):122-33.
  116. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, et al. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med* 2006;166(1):22-37.
  117. Walsh Z, Swogger MT, O'Connor BP, et al. Subtypes of partner violence perpetrators among male and female psychiatric patients. *J Abnorm Psychol* 2010;119(3):563-574.
  118. Kropp PR, Hart SD. The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law Hum Behav* 2000;24(1):101-118.
  119. Webster C, Douglas K, Eaves D, et al. HCR-20: assessing risk for violence—version 2. Burnaby, BC 1997.
  120. Ferris LE, McMain-Klein M, Silver L. Documenting wife abuse: a guide for physicians. *CMAJ* 1997;156(7):1015-22.
  121. Ramsay J, Carter Y, Davidson L, et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane database Syst Rev* 2009;(3):CD005043.
  122. Kubany ES, Hill EE, Owens JA, et al. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *J Consult Clin Psychol* 2004;72(1):3-18.
  123. Hoffman V, Middleton JC, Feltner C, et al. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review update. Comparative effectiveness review No. 207. AHRQ Publication No. 18-EHC011-EF. PCORI Publication No. 2018-SR-01. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. [https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/cer-207-ptsdupdate-2018-rev\\_0.pdf](https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/cer-207-ptsdupdate-2018-rev_0.pdf) (2018, vu le 2 octobre 2019).
  124. Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, et al. What is resilience? *Can J Psychiatry* 2011;56(5):258-65.
  125. Lieberman AF, Van Horn P, Ippen CG. Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44(12):1241-8.
  126. Lieberman AF, Ghosh Ippen C, VAN Horn P. Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45(8):913-918.
  127. Jouriles EN, McDonald R, Rosenfield D, et al. Reducing conduct problems among children exposed to intimate partner violence: A randomized clinical trial examining effects of Project Support. *J Consult Clin Psychol* 2009;77(4):705-717.
  128. Sullivan CM, Bybee DI, Allen NE. Findings from a community-based program for battered women and their children. *J Interpers Violence* 2002;17915-936.
  129. Cohen JA, Mannarino AP, Iyengar S. Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011;165(1):16-21.
  130. Bybee D, Sullivan CM. Predicting re-victimization of battered women 3 years after exiting a shelter program. *Am J Community Psychol* 2005;36(1–2):85-96.
  131. Organisation mondiale de la santé. *Prévention de la violence et des blessures. Intervenir auprès des auteurs de violence entre partenaires intimes: une perspective mondiale*. OMS. [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/intervening/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/intervening/en/) (2003, vu le 18 octobre 2019).
  132. Holt VL, Kernic MA, Lumley T, et al. Civil protection orders and risk of subsequent police-reported violence. *JAMA* 2002;288(5):589.
  133. Fellmeth GLT, Heffernan C, Nurse J, et al. Educational and skills-based interventions for preventing relationship and dating violence in adolescents and young adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(6):CD004534.
  134. Robinson AL. Reducing repeat victimization among high-risk victims of domestic violence: the benefits of a coordinated community response in Cardiff, Wales. *Violence Against Women* 2006;12(8):761-88.
  135. Robinson AL, Tregidga J. The perceptions of high-risk victims of domestic violence to a coordinated community response in Cardiff, Wales. *Violence Against Women* 2007;13(11):1130-48.
  136. Tiwari A, Leung WC, Leung TW, et al. A randomised controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *BJOG* 2005;112(9):1249-1256.
  137. Kiely M, El-Mohandes AAE, El-Khorazaty MN, et al. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy. *Obs Gynecol* 2010;115(2, Part 1):273-283.
  138. Stewart DE. The international consensus statement on women's mental health and the WPA consensus statement on interpersonal violence against women. *World Psychiatry* 2006;5:61-64.
  139. L'Association canadienne d'orthopédie. *Énoncé de position sur la violence entre partenaires et recommandations de meilleures pratiques*. <https://coa-aco.org/wp-content/uploads/2017/01/ACO-%C3%89nonc%C3%A9-de-position-sur-la-violence-conjugale-et-pratiques-exemplaires-recommand%C3%A9es-avril2019-FR.pdf> (2019, vu le 18 octobre 2019).
  140. Wathen CN, Tanaka M, Catallo C, et al. Are clinicians being prepared to care for abused women? A survey of health professional education in Ontario, Canada. *BMC Med Educ* 2009;9(1):34.
  141. Kirmayer LJ, K F Rousseau C, et al. Directives pour la formation en psychiatrie culturelle. Association des psychiatres du Canada. *Énoncé de principes*. *Can J Psychiatry* 2011;57(3):1-17.