

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Théories explicatives, facteurs de risque et interventions efficaces au regard de la violence conjugale chez les personnes âgées, handicapées et immigrantes : similarités et distinctions entre ces trois contextes de vulnérabilité

Chercheuse principale

Nathalie Sasseville, Université du Québec à Chicoutimi

Cochercheurs

Lyse Montminy, Université de Montréal
Pierre Maurice, Institut national de santé publique du Québec
Ghayda Hassan, Université du Québec à Montréal

Collaborateurs

Karine Levasseur, Office des personnes handicapées du Québec
Véronique Vézina, Regroupement des organismes de personnes handicapées de la région 03
Maryse Rinfret-Raynor, Université de Montréal
Clément Guèvremont, OPTION
My Huong Pham, Centre de santé et services sociaux (CSSS) de la Montagne
Sarita Israel, Centre de santé et services sociaux (CSSS) Cavendish
Elisah Rajaonimaria, Ministère de la famille et des aînés
Dominique Gaucher, Ministère de l'immigration et des communautés culturelles
Michèle Côté, Office des personnes handicapées du Québec

Équipe de recherche

Geneviève Lessage, agente de recherche, INSPQ
Julie Laforest, conseillère scientifique, INSPQ
Omaira Naweed, auxiliaire de recherche, INSPQ

Partenaires du milieu

Office des personnes handicapées du Québec, Ministère de l'Immigration, Diversité et Inclusion, CSSS Cavendish, Institut national de santé publique du Québec, CSSS de la Montagne, Ministère de la Famille - Secrétariat aux aînés, Regroupement des organismes de personnes handicapées de la région 03, À cœur d'Homme, Fédération des maisons d'hébergement pour femmes

Établissement gestionnaire de la subvention

Institut national de santé publique du Québec

Numéro du projet de recherche

2016-VC-189432

Titre de l'Action concertée

Programme de recherche sur la violence conjugale

Partenaire(s) de l'Action concertée

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC)

Rapport scientifique intégral

TABLE DES MATIÈRES

Partie A- Contexte de la recherche	3
Partie B- Pistes de solutions, retombées et implications des résultats	5
Partie C- Méthodologie.....	10
Partie D- Résultats : similarités et distinctions chez les personnes hai.....	12
Partie E- Pistes de recherche	18
Partie F- Références bibliographiques	19

PARTIE A- CONTEXTE DE LA RECHERCHE

La violence conjugale (VC) est un problème important et malheureusement persistant qui affecte toutes les classes sociales (Organisation mondiale de la santé, 2013). Elle entraîne des conséquences à long terme tant au plan individuel, intergénérationnel que collectif (ibid.).

Depuis les années 1970, la littérature scientifique s'est particulièrement intéressée à la problématique de la VC vécue par les jeunes femmes occidentales vivant au sein d'un couple hétérosexuel (Brownridge, 2009). Elle a aussi surtout été étudiée sous l'angle de la domination de l'homme sur la femme (Brownridge, 2009).

Certaines populations sont toutefois plus vulnérables à la VC, dont les personnes handicapées, âgées et immigrantes (Gouvernement du Québec, 1995). Leur vulnérabilité peut s'exprimer de différentes façons, notamment par un risque accru de subir et de vivre des conséquences plus graves à la VC, mais également par des obstacles qui rendent difficile le recours à l'aide (Brownridge, 2009).

L'état des connaissances à ce sujet est cependant peu développé, si bien que beaucoup reste à faire pour mieux comprendre comment s'exprime la vulnérabilité des personnes handicapées, âgées et immigrantes (HAI) à la VC (Brownridge, 2009). En effet, il est difficile de déterminer l'ampleur de la VC vécue par ces groupes de personnes, car leur réalité est peu documentée par les statistiques officielles. On estime également que les données disponibles tendent à sous-estimer l'ampleur réelle de la VC vécue par ces personnes en raison de différents problèmes méthodologiques (Sinha, 2013). De plus, le phénomène de la VC tend à être examiné de façon homogène, occultant le fait que certains sous-groupes HAI sont plus vulnérables que d'autres à cette violence (Brownridge et Halli, 2002). Enfin, la réalité des hommes HAI est largement passée sous silence, car les études disponibles se concentrent principalement sur la victimisation des femmes.

L'état des connaissances sur les facteurs de risque à la VC donne un portrait incomplet de la réalité vécue par les personnes HAI, car la tendance actuelle est d'examiner le phénomène à

partir des mêmes facteurs de risque que ceux retrouvés au sein de la population en général (Brownridge, 2009). Les travaux de Brownridge (2009) montrent que ce serait davantage les facteurs structureaux qui créent des contextes dans lesquels les groupes HAI se retrouvent plus à risque de subir de la violence ; ces facteurs sont cependant peu étudiés par les études à visée étiologique.

Ces clientèles n'ont pas accès à des services adaptés à leurs besoins (Office des personnes handicapées du Québec, 2010) et ce manque de connaissances constitue un frein important à l'élaboration de tels services (Brownridge, 2009). On observe également un manque de formation des professionnels pour bien les soutenir, ainsi que la présence de stéréotypes et des préjugés dans les services qui peut entraîner une revictimisation de ces personnes (Ponce, Lawless et Rowe, 2014).

Par ailleurs, la littérature abordant la situation des personnes HAI le fait généralement de façon compartimentée (une femme immigrante, une femme âgée, etc.), ce qui contribue à occulter le fait qu'une même personne puisse cumuler plusieurs contextes de vulnérabilité à la VC. Les collaborations établies avec les milieux de pratique confirment cependant que les intervenants sont confrontés au phénomène du cumul des contextes de vulnérabilité à la VC, sans toutefois pouvoir s'appuyer sur des connaissances en la matière. On ne connaît pas suffisamment le phénomène de façon globale. Ainsi, plusieurs questionnements demeurent en suspens concernant l'ampleur du phénomène, les modèles explicatifs, les facteurs de risque et de protection, ainsi que les interventions préventives permettant de mieux répondre aux besoins des personnes HAI et ce, notamment chez celles qui cumulent plusieurs contextes de vulnérabilité à la VC.

Cette synthèse de la littérature critique vise à répondre à ce manque évident de connaissances et aux besoins de soutien des intervenants, gestionnaires et décideurs qui sont confrontés à la complexité du cumul de vulnérabilités à la violence dans leur pratique. S'appuyant sur l'approche intersectionnelle (annexe 1), elle vise plus précisément à :

- 1) Déterminer l'ampleur de la VC chez les femmes et les hommes vivant dans un ou plusieurs contextes de vulnérabilité;
- 2) Identifier quelles sont les similarités et les distinctions de la VC vécue dans les groupes de femmes et d'hommes vivant dans un ou plusieurs de ces contextes, au regard :
 - a. des formes (physique, sexuelle, psychologique et financière) et des dynamiques de la VC¹;
 - b. des modèles explicatifs de la VC;
 - c. des facteurs de risque et de protection; et
 - d. des caractéristiques et des conditions à respecter dans l'offre de programmes de prévention primaire qui tiennent compte des réalités vécues par les personnes HAI.

PARTIE B- PISTES DE SOLUTIONS, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DES RÉSULTATS

Auditoire à qui s'adresse cette revue de la littérature : Cette revue de la littérature s'adresse aux décideurs, gestionnaires de services ainsi qu'aux intervenants intersectoriels (professionnels de la santé, les policiers, le milieu judiciaire, etc.) travaillant auprès des personnes HAI vivant de la VC. Les décideurs et les gestionnaires de services sont visés par les résultats de cette recension puisqu'ils détiennent les leviers nécessaires pour élaborer des politiques et des programmes de prévention tenant compte des différentes réalités vécues par les populations vulnérables à la VC. Les intervenants, quant à eux, seront mieux informés sur les réalités vécues par les personnes HAI afin de maximiser le potentiel de leurs interventions de prévention.

Signification des conclusions pour les responsables ministériels, les gestionnaires et les intervenants : Les principales conclusions de cette recension de la littérature mettent en relief qu'il est nécessaire d'aborder la notion de vulnérabilité dans une perspective beaucoup plus globale, en considérant tout le contexte dans lequel la personne évolue. Il faut aussi prendre en

¹ Selon la typologie de Johnson (2008), les dynamiques de violence concernent le terrorisme intime, la résistance violente et la violence situationnelle au sein du couple. Le terrorisme intime et la résistance violente correspondent à ce qui est généralement entendu comme étant de la violence conjugale en ce sens qu'ils impliquent la tentative de la part d'un partenaire d'obtenir le contrôle sur la relation. Cette idée de dynamique de contrôle coercitif dans le but de dominer l'autre est d'ailleurs reprise dans la Politique québécoise d'intervention en matière de violence conjugale (1995) pour définir la violence conjugale.

considération qu'une même personne peut cumuler plusieurs vulnérabilités à la VC en termes de caractéristiques personnelles et d'expériences d'oppression (ex. : une femme âgée et handicapée vivant de l'âgisme). Cette conclusion est particulièrement importante lorsqu'il s'agit d'élaborer des programmes et des services destinés aux personnes HAI. La violence qu'elles vivent est particulièrement complexe et nécessite une réponse modulée à la singularité de leur expérience. Actuellement, les programmes et les services destinés à ces personnes sont souvent abordés dans une perspective clientéliste (ex. : programmes ciblant les personnes âgées, handicapées ou immigrantes) créant ainsi une réponse fragmentée à leurs besoins et ne permettant pas de considérer la personne dans sa globalité. Or, leur vulnérabilité à la VC n'est pas uniquement liée à leurs caractéristiques individuelles, mais également aux contextes (social, culturel, économique, etc.) dans lesquels elles évoluent. La conception des politiques, programmes et interventions qui leur sont destinés doit tenir compte des déterminants associés à la VC ainsi que des liens entre les problématiques vécues par ces groupes de personnes.

Retombées immédiates ou prévues de la recension de la littérature : Au plan social : lever le voile sur la violence vécue par les personnes HAI, une problématique souvent occultée et taboue dans notre société. Les fiches thématiques qui découleront de cette recension permettront ainsi de favoriser une prise de conscience collective sur la nécessité de se préoccuper de ces groupes dits « vulnérables » et de fournir des pistes d'action pour prévenir ce phénomène préoccupant. Cette connaissance est d'autant plus importante dans le contexte sociétal actuel (vieillesse de la population vivant des limitations et l'entrée massive d'immigrants) pour lequel il importe d'assurer un meilleur accès à une gamme étendue de services de qualité destinés à la fois aux victimes et aux conjoints violents. Au plan culturel : mettre en lumière que la réalité vécue par les groupes HAI n'est pas homogène et qu'il existe des sous-groupes partageant des spécificités à la VC (ex. : femmes immigrantes issues des pays en voie de développement). Au plan des pratiques collaboratives : fournir un lieu d'échange pour renforcer le partenariat intersectoriel entre des acteurs clés œuvrant auprès de ces clientèles, et ce, à différents paliers décisionnels : local, régional et gouvernemental. Au plan politique :

fournir des pistes de réflexion pour soutenir la mise en œuvre de plans d'action interministériels et de politiques publiques en matière de violence dont : les plans d'action gouvernementaux en matière de VC et d'agression sexuelle, le plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées et le plan d'action la diversité : une valeur ajoutée.

Limites de la recension de la littérature et niveau de généralisation des résultats : cette revue critique de la littérature comporte des limites qu'il convient de souligner. Tout d'abord, le fait qu'il ne s'agit pas d'une revue systématique, on ne peut pas prétendre à l'exhaustivité des données recueillies. La littérature grise n'a pas été recherchée systématiquement et certains ouvrages universitaires (mémoires et thèses) ainsi que les revues de littérature narrative ont été exclus. Cette revue critique de littérature s'est appuyée cependant sur une méthodologie rigoureuse semblable à la recension systématique afin d'augmenter la fidélité et la validité de la démarche. La lecture par deux évaluateurs lors de la sélection des écrits a été appliquée pour s'assurer de la pertinence des documents retenus. Une grille basée sur des critères explicites a été développée et utilisée pour évaluer la robustesse scientifique des études.

Des limites inhérentes aux études recensées se doivent d'être soulignées. Il existe un nombre restreint d'études portant sur les personnes âgées et handicapées comparativement à celles immigrantes. Ceci indique que la VC est un domaine mal documenté pour ces deux populations. Également, aucune étude recensée ne s'intéresse directement au concept de cumul de contextes de vulnérabilité². Cette situation limite considérablement l'interprétation des résultats présentés. Il est également difficile de synthétiser l'information et d'établir avec précisions l'ampleur, les formes et les conséquences de la VC vécue par les personnes HAI en raison d'enjeux d'ordre méthodologique et des nombreuses différences dans les devis utilisés (ex. : la façon dont est définie la population à l'étude, la période de référence examinée ainsi que les formes de VC à l'étude, la composition des échantillons, les outils de mesure, etc.). Aucune étude n'a également

² L'absence généralisée d'études canadiennes portant sur les personnes handicapées qui cumulent d'autres contextes de vulnérabilité peut, entre autres, être attribuable à la politique fédérale en matière d'immigration qui limite les possibilités d'immigration pour ces personnes sur la base du bilan de santé. Il est possible de penser que cela a pu restreindre le bassin d'études potentielles sur ce sujet.

examiné la prévalence de la VC envers les personnes HAI de manière longitudinale pour obtenir à la fois les tendances et l'évolution de la problématique ; les devis de recherche étant majoritairement transversaux. Enfin, des limites relatives aux outils utilisés par les études font en sorte qu'il n'est pas possible de déterminer l'intentionnalité derrière les comportements violents, si bien qu'il n'est pas possible de bien comprendre si la violence conjugale s'inscrit dans une dynamique de contrôle ou si elle est situationnelle.

En ce qui a trait aux facteurs de risque et de protection, la tendance actuelle des études est d'examiner la VC chez les groupes HAI à partir des mêmes facteurs que ceux de la population en général sans nécessairement documenter ceux qui sont spécifiques aux contextes de vulnérabilité (Brownridge, 2009). De plus, les données disponibles offrent un portrait incomplet des facteurs des différents niveaux écologiques pouvant influencer la vulnérabilité des groupes HAI car peu d'indicateurs propres aux niveaux macrosociaux sont présents dans les études (ex. : âge, le classicisme, etc.). Dans le même ordre d'idées, plusieurs des études disponibles examinent la relation entre le statut actuel (ex. : être âgé, être immigrant) et la VC vécue ou infligée dans le passé (ex. : prévalence à vie), ce qui n'est pas nécessairement le reflet de la situation actuelle puisqu'elle a pu grandement évoluer dans le temps.

Enfin, il existe peu de preuves empiriques permettant de supporter les éléments explicatifs de la VC chez les groupes HAI ainsi que les initiatives de prévention efficaces. Généralement, à partir de leurs résultats, les auteurs établissent plutôt des hypothèses sur la manière dont peut s'expliquer la VC chez ces groupes de personnes ou les stratégies susceptibles de la prévenir.

Messages clés : Les personnes HAI sont vulnérables à la VC puisque certaines d'entre elles ont un risque accru de la subir et sont soumises à différentes barrières qui complexifient les stratégies pour s'en protéger. Il est nécessaire que les gestionnaires et les représentants ministériels soient préoccupés d'élaborer des programmes et des politiques spécifiques à ces populations en ciblant les déterminants sociaux de la santé. Il importe aussi que les intervenants puissent être formés à ce sujet pour pouvoir en tenir compte dans leurs interventions. Bien que ce soit les femmes HAI qui soient le plus touchées par la VC, certains groupes d'hommes (aînés

et handicapés) ont un risque accru de subir de la violence comparativement aux hommes dans la population générale. Il est impératif que les responsables ministériels ainsi que les gestionnaires des services reconnaissent la violence que subissent ces hommes et qu'ils leur donnent accès à des services adaptés à leurs besoins. En raison de tabous persistants entourant la VC chez les personnes HAI, il faut mieux former les intervenants (ex. intervenants sociaux, policiers, personnel de la santé, etc.) qui travaillent auprès d'elles pour qu'ils répondent adéquatement à leurs besoins et ainsi éviter leur revictimisation dans les services qui leur sont offerts.

Principales pistes de solution : Pour les décideurs : 1) Inclure spécifiquement les groupes des populations HAI dans les politiques et programmes qui touchent les déterminants sociaux et de la santé de la VC; 2) préconiser une approche participative des groupes HAI dans l'élaboration d'orientations ministérielles pour que ces dernières soient appropriées à leurs besoins; 3) élaborer des politiques publiques améliorant les conditions de vie de ces groupes de personnes; 4) favoriser une meilleure concertation interministérielle en matière de VC pour décloisonner la réponse actuelle et 5) rendre disponibles les données des enquêtes populationnelles pour mieux comprendre chacun des contextes de vulnérabilité, leur cumul ainsi que les différences entre les femmes et les hommes qui appartiennent à ces groupes. Pour les gestionnaires : 1) Donner accès à de la formation continue aux professionnels œuvrant auprès de ces clientèles (ex. : travailleurs sociaux, policiers, avocats, médecins, infirmiers, etc.); 2) mettre de l'avant l'approche populationnelle³ afin de mieux rejoindre ces clientèles; 3) favoriser la mise en place d'équipes intersectorielles en ouvrant les canaux de communications intra et inter organisations; 4) outiller les intervenants en matière de concertation intersectorielle afin de rendre ces pratiques plus effectives; 5) mettre en place des espaces pour échanger sur les préoccupations entourant les personnes HAI, tout en favorisant la participation des intervenants dans ces espaces d'échanges et 6) donner accès à de l'encadrement clinique aux intervenants qui couvrent la problématique des personnes vivant en contexte de vulnérabilité. Pour les

³ Approche où les autorités régionales et locales ont une responsabilité vis-à-vis la santé des individus de leur territoire. Cette responsabilité s'exerce par le fait de donner accès à des services appropriés ainsi que de s'assurer de l'efficacité des interventions.

intervenants : 1) S'informer sur la réalité des contextes de vulnérabilités à la VC et 2) tenir compte des déterminants sociaux et de la santé de la VC dans les interventions qu'ils destinent à ces groupes de personnes. Pour tous (décideurs, gestionnaires et intervenant) : Afin de faciliter la mise en place de ces pistes de solutions, il convient de sensibiliser l'ensemble de ces acteurs sur la problématique de la VC vécue par les personnes HAI. Pour les chercheurs : 1) Exploiter les données existantes pour effectuer des analyses croisées sur les contextes de vulnérabilité à la VC et sur les différences de genre; 2) mettre en place des recherches qui s'intéressent à l'expérience et aux besoins des professionnels travaillant auprès des personnes HAI et, 3) développer des connaissances sur le cumul contextes de vulnérabilité.

PARTIE C- MÉTHODOLOGIE

Une synthèse critique de la littérature s'appuyant sur l'approche narrative a été privilégiée (annexe 2). Des éléments méthodologiques associés aux revues systématiques ont été incorporés dans un souci d'augmenter la rigueur de cette démarche. Il s'agit de la lecture en double lors de la sélection des études et de l'évaluation de la robustesse des écrits scientifiques. La recherche documentaire a été réalisée dans 2 interfaces compilant 8 bases de données. La littérature grise a été consultée en plus des articles suggérés par le comité de suivi⁴. Les critères de sélection des articles sont les suivants : 1) porter sur une ou plusieurs populations HAI et dimensions à l'étude⁵; 2) s'appuyer sur des données empiriques obtenues par une méthodologie de recherche structurée; 3) être écrite en français ou en anglais et 4) être menée dans des

⁴ Un comité intersectoriel composé de praticiens et de chercheurs représentant les populations HAI a été formé pour soutenir la conception et l'appropriation de la recherche au contexte québécois.

⁵ Les définitions retenues pour les populations à l'étude sont les suivantes :

Personnes âgées : Il n'existe pas de définition unique et consensuelle pour définir ce concept. Généralement, les auteurs s'appuient sur différents seuils d'âge pour délimiter cette population (ex. : 50 ans et plus, 55 ans et plus, etc.). Dans le cadre de cette synthèse de la littérature, le seuil d'âge retenu est celui de 50 ans.

Personnes handicapées : « Une personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes » (Québec, 2005 : 1). Cette incapacité peut être motrice, intellectuelle, liée à la parole, visuelle, auditive ou associée à d'autres sens (OPHQ, 2010).

Personnes immigrantes : Toute personne qui s'installe dans un pays autre que son pays de naissance, pour y vivre et/ou y travailler/étudier.

contextes similaires au Québec⁶. Les revues narratives, les opinions d'experts, les rapports descriptifs d'initiatives, les thèses, les mémoires et les chapitres de livres ont été exclus. Des 1 466 articles repérés, 56 ont été retenus (annexe 3). Des articles retenus, 30 portent sur l'ampleur, les formes et les conséquences de la VC, 27 sur les facteurs de risque et de protection, 30 sur les théories explicatives et 26 sur la prévention primaire⁷. Une grille d'analyse de la qualité adaptée à la problématique de la VC a été développée pour ce projet. En plus d'être résumés dans des fiches synthèse, les études ont été codifiées dans le logiciel QSR N'VIVO 10. L'analyse des données s'est appuyée sur une approche complémentaire permettant de faire ressortir les distinctions et les similarités entre les populations HAI.

⁶ La liste des pays de l'OCDE a été utilisée : <http://www.oecd.org/fr/apropos/membresetpartenaires/liste-des-pays-de-l-ocde.htm>.

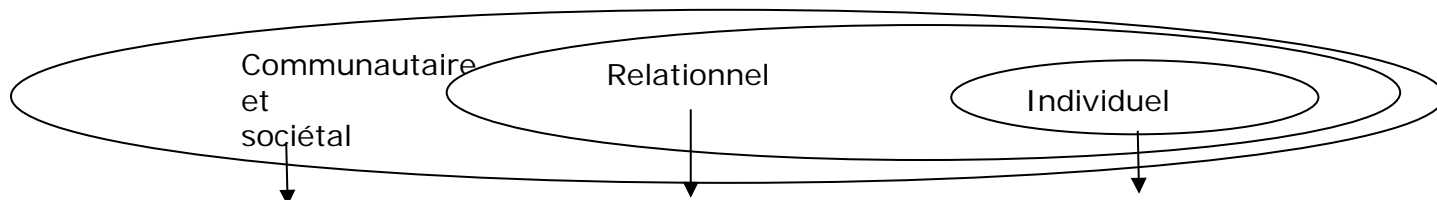
⁷ Il est à noter qu'un même article peut porter sur plus d'une dimension à l'étude.

PARTIE D- RÉSULTATS : SIMILARITÉS ET DISTINCTIONS CHEZ LES PERSONNES HAI

Ampleur, formes et conséquences de la VC : Les données populationnelles montrent que la prévalence de la VC auto rapportée varie d'une population HAI à l'autre (annexe 4). Les taux de prévalence à la VC sont plus élevés chez les personnes handicapées comparativement aux personnes non handicapées (Breiding et Armour, 2015). Ils sont moindres chez les personnes immigrantes comparativement à celles non immigrantes (Du Mont et Forte, 2012; Sinha, 2013) et chez les personnes âgées comparativement aux personnes plus jeunes (Stöckl et Penhale, 2015). La prévalence de la VC est plus élevée chez les femmes HAI que chez les hommes HAI (Breiding et Armour, 2015; Kim et Sung, 2003), bien que Laroche (2007) conclut à des taux comparables entre les femmes et les hommes âgés. Les hommes handicapés sont plus susceptibles que ceux sans handicaps de vivre de la VC (Breiding et Armour, 2015). Des sous-groupes HAI sont en plus grande proportion touchés par la VC dont : les femmes des pays en voie de développement et dont l'immigration est récente (Brownridge et Halli, 2002), les femmes avec des handicaps sévères (Schröttle et Glammeier, 2013), et les personnes âgées de 50 à 64 ans (Stöckl et Penhale, 2015). Si les groupes de personnes HAI vivent les mêmes formes de VC que celles observées dans la population générale, d'autres formes de violence entre conjoints sont spécifiques à ces contextes de vulnérabilité. Mentionnons la maltraitance et la négligence entre conjoints ainsi que le contrôle sur la santé sexuelle chez les femmes âgées et les handicapées (ex. : refus du conjoint violent d'utiliser le condom) (Finfgeld-Connett, 2014) et les formes de violence liées au processus migratoire (ex. : menace de déportation) chez les femmes immigrantes (Raj, Siverman, McCleary-Sills et Liu, 2004). Les personnes HAI vivent des conséquences à la VC similaires à celles de la population en général. C'est le cumul d'expériences de violence au fil du temps et des conséquences qui en découlent (ex. : limitations engendrées par la violence vécue, etc.) qui nous permet de mieux comprendre la plus grande vulnérabilité des groupes HAI. Avec le temps, les conséquences de la VC tendent à se cristalliser, affectant l'habileté et l'espoir des personnes à s'en sortir (Finfgeld-Connett, 2014).

Facteurs de risque et de protection : La revue de littérature a permis d'identifier, d'une part, les facteurs de risque et de protection associés à la VC qui sont spécifiques à chacune des populations HAI et, d'autre part, ceux qui sont communs à plus d'une population (annexe 5). Ces facteurs se retrouvent à tous les niveaux du modèle écologique, mais c'est le niveau individuel qui fait l'objet d'une plus grande attention dans les études (schéma 1).

Schéma 1 : Facteurs de risques et de protection à la violence conjugale : similarités et distinctions entre les populations HAI selon les niveaux du modèle écologique



Ainés – Sentiment de sécurité envers le milieu (FP, V) – <i>Vivre en milieu rural (FR/FP, V)</i>	Ainés – <i>Écart d'âge entre les partenaires (FR/FP, V)</i>	Ainés – Consommation de la victime (FR, V) – Faible estime de soi (FR, V) – Adoption de pratiques sexuelles à risque (FR, V) – Tempérament antisocial de la victime (FR, V)
Handicapés –	Handicapés –	Handicapés – <i>Être sans emploi (FR, V)</i>
Immigrants – Provenir d'un pays non occidental (FR, V) – <i>Degré d'acculturation (FR, V)</i> – Discrimination raciale (FR, V/P) – <i>Lois et programmes (FR/FP, V/P)</i>	Immigrants – Processus migratoire qui crée des conflits dans le couple et les changements de rôles (FR, V/P)	Immigrants – Méconnaissance de la langue (FR, V) – Statut d'immigration précaire (FR, V) – Faible confiance envers le milieu (FR, V) – Immigration récente (FP, V)
HAI –	HAI –	HAI – Victimisation durant l'enfance (FR, V) – Limitations, situation de handicap (FR, V) – Tempérament contrôlant du conjoint (FR, P) – Problèmes de santé physique et psychologique (FR, V/P)
AI – Pressions de l'entourage (FR, V) – Normes sociales et socialisation à des rôles traditionnels de genre (FR, V) – <i>Manque de soutien social et isolement (FR, V)</i>	AI –	AI – <i>Implication religieuse (FR, V)</i> – Consommation d'alcool et de drogues du conjoint violent (FR, P) – Victimisation à l'âge adulte (FR, V/P)
HI –	HI –	HI – Faible revenu (FR, V) – Jeune âge (FR, V) – Être célibataire, séparée ou divorcée (R, V)
HA –	HA –	HA – Genre (FR, V/P)

Légende : Facteur de risque (FR); Facteur de protection (FP); Victimisation (V); Perpétration (P)

Facteurs démontrés (caractère normal); Facteurs dont les résultats des études sont mitigés (caractère italique)

Plusieurs facteurs de risque et de protection associés à la VC varient selon le contexte de vulnérabilité. Des facteurs propres au processus de vieillissement caractérisent la vulnérabilité des personnes âgées à la VC. Mentionnons principalement la consommation de médicaments (Sormanti, Wu, et El-Bassel, 2004), une grande différence d'âge entre les conjoints ainsi que le fait de vivre en milieu rural (Yon, Wister, Mitchell, et Gutman, 2014). Dans le même sens, des éléments propres au processus d'immigration caractérisent, quant à eux, la vulnérabilité des femmes immigrantes à la VC, dont le fait de provenir d'un pays non occidental (Du Mont et Forte, 2012), la méconnaissance de la langue, les changements dans le statut socioéconomique engendrant des conflits et du stress dans le couple (Guruge, Khanlou et Gastaldo, 2010) ainsi qu'un statut d'immigration précaire (Raj et coll., 2004). Seul le fait de ne pas avoir un emploi a été identifié comme étant un facteur de risque spécifique aux personnes handicapées (Smith, 2008), mais les résultats des études offrent des conclusions divergentes à ce sujet.

Des facteurs de risque communs à deux ou trois groupes HAI sont également associés à un risque accru de subir de la VC. Ces facteurs sont davantage de l'ordre individuel. Les études qualitatives nous permettent cependant de comprendre comment ces derniers sont liés à des éléments communautaires et sociétaux du modèle écologique. Tout d'abord, les groupes HAI ont tous en commun un risque accru de subir de la VC en raison : 1) d'une exposition à des dynamiques de violence tout au cours de la vie (ex. : la maltraitance durant l'enfance, la victimisation à l'âge adulte en raison des soins reçus pour une situation de handicap, l'exposition à la guerre, etc.) (Guruge, Khanlou et Gastaldo, 2010); 2) du contexte dans lequel ils se situent qui engendre une dépendance accrue au conjoint (ex. : l'isolement social en raison de la maladie ou du handicap, les barrières linguistiques ou la perte du réseau familial) (Finfgeld-Connett, 2014; Guruge et coll., 2010) et 3) du tempérament du conjoint violent qui est cautionné par des normes culturelles propices à la tolérance de la violence ou valorisant le patriarcat (ex. : le processus de socialisation à des rôles traditionnels selon le genre, la socialisation des femmes handicapées à être tolérantes et complaisantes, etc.) (Finfgeld-Connett, 2014; Guruge et coll., 2010). Ensuite, les études montrent aussi que le fait d'appartenir à plus d'un groupe (par

exemple le fait d'être une femme âgée et handicapée) constitue un facteur de risque de subir de la VC (Yon, Wister, Mitchell et Gutman, 2014).

Théories explicatives de la VC : Quatre grands courants ont pu être dégagés pour expliquer la VC chez les personnes HAI : psychologique, sociologique, féministe et écologique (annexe 6). Certaines de ces théories sont spécifiques à l'une ou l'autre de ces populations, tandis que d'autres sont communes à plusieurs d'entre elles. À titre d'exemple, les théories de l'acceptation culturelle et du stress lié au processus d'immigration sont celles utilisées par les chercheurs pour expliquer la VC chez les femmes immigrantes (Du Mont et Forte, 2012). La théorie du stress de l'aidant met de l'avant, quant à elle, que le processus de vieillissement et le handicap peuvent engendrer du stress dans le couple et de l'épuisement de l'aidant (Lowenstein et Ron, 1999). Cependant, force est de constater que les auteurs ont recours à plus d'une théorie explicative pour appuyer leurs résultats. Cette situation n'est pas étrangère au caractère multi déterministe et complexe de la VC. Ainsi, l'approche intersectionnelle retenue dans le cadre de cette revue de la littérature devient particulièrement intéressante, car elle met en exergue que les populations HAI partagent des expériences similaires pouvant expliquer leur vulnérabilité à la VC. En effet, les femmes HAI sont soumises à une socialisation à des rôles traditionnels qui peut les placer dans une position de vulnérabilité à la violence, car elles n'ont pas développé les habiletés nécessaires pour y réagir adéquatement ou parce qu'elles font face à des obstacles contraignant leur capacité à s'en sortir (Fingfeld-Connett, 2014; Schröttle et Glammeier, 2013). D'autre part, la violence vécue par ces groupes de femmes s'inscrit généralement dans des rapports de domination de l'homme sur la femme où l'on observe souvent des comportements possessifs et jaloux chez les conjoints violents (Du Mont et Forte, 2012; Yon et coll., 2014). De plus, plusieurs niveaux de facteurs du modèle écologique (individuel, familial, communautaire et sociétal) interagissent afin d'augmenter la vulnérabilité à la VC des personnes HAI (Fingfeld-Connett, 2014). Toutefois, aucune des théories avancées à ce jour ne parvient à expliquer complètement pourquoi les personnes HAI sont plus vulnérables à la VC que celles de la population en général.

Prévention de la VC : La littérature portant sur l'évaluation des initiatives de prévention porte principalement sur la question de l'identification précoce de la VC. De manière générale, les auteurs s'entendent sur le fait que les preuves scientifiques sont insuffisantes pour recommander l'utilisation de tels outils sur une base routinière auprès des personnes HAI, mais aussi en raison des effets indésirables que pourrait entraîner une telle pratique (Hassan et coll., 2011). Les auteurs recommandent plutôt de former les professionnels qui interviennent auprès des clientèles HAI pour les habiliter à détecter les signes potentiels de la VC et à travailler en concertation (Breiding et Armour, 2015). De plus, certains avancent qu'en cas de recours à un outil d'identification précoce de la VC, ce dernier devrait être adapté pour être sensible aux particularités du groupe HAI auquel il s'adresse : ex. : intégrer des questions sur les formes et les facteurs de risques spécifiques à la VC chez ces groupes (Stöckl et Penhale, 2015). Par ailleurs, les auteurs utilisent les résultats de leur étude pour discuter de leurs implications pour la prévention primaire destinée aux groupes HAI. Leurs conclusions mettent en évidence l'importance de s'attaquer aux facteurs sociétaux et communautaires (ex. : mesures d'intégration sociale, changement de la norme sociale, etc.) (Brownridge et coll., 2008). De plus, ils émettent certaines conditions nécessaires au succès de ces initiatives, dont la formation des intervenants, la concertation intersectorielle ainsi que la participation des représentants des groupes HAI dans l'élaboration de programmes qui les concernent (Yon et coll., 2014).

Principales conclusions et pistes de solution : La notion de « contextes de vulnérabilité » n'est pas directement abordée par les études scientifiques dans le domaine de la VC⁸, et encore moins celle de cumul. L'approche intersectionnelle s'est avérée pertinente pour appréhender les similarités et les distinctions qui existent entre les groupes HAI, permettant ainsi de mieux comprendre leurs réalités multiples et complexes vis-à-vis la VC. Les résultats de cette synthèse montrent que la vulnérabilité à la VC chez les groupes HAI se manifeste de différentes façons. Celle-ci peut s'exprimer par le fait d'être touché en plus grande proportion par la VC (ex. : les

⁸ L'ouvrage de Brownridge (2009) est le seul recensé qui traite du concept de population vulnérable à la violence conjugale.

hommes handicapés et femmes ayant un handicap sévère, femmes issues de pays non occidental ainsi que les femmes moins âgées : de 50 à 65 ans), mais aussi par des formes de violence particulières au contexte de vulnérabilité (ex. : la maltraitance entre conjoints âgés). La littérature scientifique permet par ailleurs d'identifier un certain nombre de facteurs pouvant expliquer la plus grande vulnérabilité des groupes HAI à la VC. Bien que ces groupes partagent des facteurs universels à la violence (ex. : maltraitance durant l'enfance), ils s'en distinguent par des facteurs découlant du contexte dans lequel ils se situent. L'exposition à différentes formes de violence tout au cours de la vie en raison de conditions particulières (ex. : maltraitance durant l'enfance en raison d'un handicap), le fait de vivre dans des conditions socioéconomiques précaires (ex. : manque d'accessibilité à l'emploi), le stress engendré par les transitions de vie (ex. : la maladie liée au processus de vieillissement), les rapports sociaux de discrimination (ex. : âgisme et racisme) et le fait d'appartenir à des groupes sociaux situés à l'écart des valeurs et des normes dominantes (ex. : le fait de provenir d'un pays non occidental) sont tous des facteurs qui caractérisent la vulnérabilité des groupes HAI à la VC. Des auteurs font aussi valoir que le cumul de contextes de vulnérabilité engendre une double victimisation à la violence (ex. : être une femme âgée et handicapée) (Yon et coll., 2014). Il en va de même pour le cumul des conséquences de la violence vécue tout au cours de la vie qui tend à se cristalliser et à affecter l'habileté et l'espoir de ces personnes à se sortir du cycle de la violence (Finfgeld-Connett, 2014). C'est pourquoi les actions de prévention devraient accorder une attention particulière à la réduction des facteurs de risque propres aux contextes de vulnérabilité (Brownridge, 2009). Enfin, peu de preuves empiriques permettent de comprendre la complexité de la VC des groupes HAI. Généralement, les études abordent la problématique de la VC avec les mêmes indicateurs que ceux utilisés dans la population générale (ex. : formes, facteurs de risque, etc.).

Contributions en termes d'avancement des connaissances : Sur le plan conceptuel, les résultats de cette synthèse critique de la littérature contribuent à mieux définir le concept de « contextes de vulnérabilité » à la VC. Ils mettent en évidence que la vulnérabilité d'un groupe de personnes à la VC dépasse les simples caractéristiques individuelles (ex. : l'âge, le sexe,

l'appartenance ethnique, etc.). Celle-ci s'exprime davantage par des éléments du contexte (ex. : culturel, social, politique et économique) dans lequel les personnes HAI se situent. Ce constat met en lumière la nécessité de dépasser la tendance actuelle d'aborder la problématique de la violence dans une perspective « clientèle » (ex. : personne âgée, handicapée ou immigrante) au profit d'une approche plus globale. Sur le plan méthodologique, cette recension critique de la littérature a adopté une perspective inclusive en prenant en considération des études scientifiques s'appuyant sur des devis méthodologiques diversifiés. À cet effet, une grille d'analyse de la qualité des études adaptée à la VC a été élaborée pour s'assurer de la rigueur des études qui ont été retenues. Celle-ci a fait d'ailleurs l'objet d'une validation par différents experts. Cet outil se veut un outil transférable à l'examen de problématiques dans des domaines où peu de données probantes existent. Sur le plan empirique : la recension a permis d'en connaître davantage sur la vulnérabilité des personnes HAI à la VC, tout en mettant en lumière ce qu'elles ont en commun et ce qui les distingue. Ces résultats sont pertinents pour soutenir les intervenants qui sont souvent confrontés à ces clientèles dans leur pratique.

PARTIE E- PISTES DE RECHERCHE

Pistes ou questions de recherche découlant de la revue de la littérature : En ce qui concerne la recherche : 1) exploiter le croisement des données déjà existantes (ex. : données de l'ESG) pour mieux comprendre l'ampleur, la fréquence, les conséquences ainsi que les formes de VC chez les personnes HAI qui cumulent plus d'un contexte de vulnérabilité; 2) produire davantage de recherches auprès des personnes âgées et handicapées afin de mieux saisir leur réalité vis-à-vis la VC; 3) réaliser des études à devis mixtes (à la fois qualitative et quantitative) afin, d'une part, de documenter les catégories de facteurs de risque et de protection (notamment ceux des niveaux relationnel, communautaire et social du modèle écologique) associés aux contextes de vulnérabilité des groupes HAI et, d'autre part, d'approfondir le vécu de ces personnes sur la façon dont ces facteurs les affectent plus particulièrement; 4) développer des cadres d'analyse adaptés aux multiples réalités des groupes HAI pour expliquer

comment le cumul de différents contextes tend à les vulnérabiliser et 5) documenter le vécu des hommes HAI qui subissent ou qui commettent de la VC (ampleur, formes, conséquences, facteurs de risque, dynamique de violence). En ce qui concerne les pratiques et les interventions : 1) documenter les pratiques et les besoins des intervenants qui interviennent auprès des groupes de personnes HAI et, 2) documenter et évaluer l'efficacité des stratégies de prévention qui ont cours au Québec et qui s'adressent aux groupes HAI.

Principale piste de solution : Développer un agenda de recherche spécifique à la problématique des personnes vivant dans des contextes de vulnérabilité à la VC de manière à mieux comprendre la réalité de ces personnes, les facteurs de risque de victimisation et de perpétration qui sont communs et spécifiques à chacune de ces clientèles, ainsi que mieux documenter et évaluer les interventions en cours pour en dégager les meilleures pistes de prévention et d'intervention. Il est également important que ces recherches puissent mettre à jour les différences qui existent entre la violence subie chez les femmes et les hommes appartenant à ces contextes de vulnérabilité.

PARTIE F- RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Breiding, M.J. et Armour, B.S. (2015). The association between disability and intimate partner violence in the United States. *Annals of Epidemiology*, 25(6), 455–457.

Brownridge, D.A. (2009). Violence against women: Vulnerable populations. New-York: Routledge.

Brownridge, D.A. et Halli, S.S. (2002). Double jeopardy? Violence against immigrant women in Canada. *Violence and Victims*, 17(4), 455–471.

Brownridge, D.A., Ristock, J. et Hiebert-Murphy, D. (2008). The high risk of IPV against Canadian women with disabilities. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 14(5), PH27–32.

Du Mont, J. et Forte, T. (2012). An exploratory study on the consequences and contextual factors of intimate partner violence among immigrants and Canadian-born women. *BMJ Open*, 2(6), 1–9.

Finfgeld-Connett, D. (2014). Intimate partner abuse among older women: Qualitative systematic review. *Clinical Nursing Research*, 23(6), 664–683.

Gouvernement du Québec (1995). Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Prévenir, dépister, contrer. Québec : Gouvernement du Québec.

Guruge, S., Khanlou, N. et Gastaldo, D. (2010). Intimate male partner violence in the migration process: Intersections of gender, race and class. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 103–113.

Hassan, G., Thombs, B., Rousseau, C., Kirmayer, L., Feightner, J., Ueffing, E. et Pottie, K. (2011). Intimate partner violence: Evidence review for newly arriving immigrants and refugees, appendix 13. *IN Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees* (p. 1–13). Ottawa: Canadian Medical Association.

Johnson, M. P. (2008). A typology of domestic violence: Intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence. Boston: Northeastern University Press.

Kim, J.Y. et Sung, K. (2003). Marital violence among Korean elderly couples: A cultural residue. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13(4), 73–89.

Laroche, D. (2007). Contexte et conséquences de la violence conjugale envers les hommes et les femmes au Canada en 2004. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Lowenstein, A. et Ron, P. (1999). Tension and conflict factors in second marriages as causes of abuse between elderly spouses. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 11(1), 23-45.

Montminy, L. (2011). Formes, manifestations et conséquences de la violence conjugale vécue par des aînées. *Journal International de Victimologie*, 9(1), 281–293.

Office des personnes handicapées du Québec (2010). Évaluation des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale. Drummondville : Service de l'évaluation de l'intégration sociale et de la recherche et l'Office des personnes handicapées du Québec.

Organisation mondiale de la santé (2013). Violence à l'encontre des femmes : l'action du secteur de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Ponce, A., Lawless, M. et Rowe, M. (2014). Homelessness, behavioral health disorders and intimate partner violence: Barriers to services for women. *Community Mental Health Journal*, 50(7), 831–840.

Raj, A., Siverman, J.G., McCleary-Sills, J. et Liu, R. (2005). Immigration policies increase south Asian immigrant women's vulnerability to intimate partner violence. *Journal of the American Medical Women's Association*, 60(1), 26–32.

Schröttle, M. et Glammeier, S. (2013). Intimate partner violence against disabled women as a part of widespread victimization and discrimination over the lifetime: Evidence from a German representative study. *International Journal of Conflict and Violence*, 7(2), 232–248.

Sinha, M. (2013). Mesure de la violence faite aux femmes : tendances statistiques. Ottawa : *Statistique Canada*.

Smith, D.L. (2008). Disability, gender and intimate partner violence: Relationships from the behavioral risk factor surveillance system. *Sexuality and Disability*, 26(1), 15–28.

Sormanti, M., Wu, E. and El-Bassel, N. (2004). Considering HIV risk and intimate partner violence among older women of color: A descriptive analysis. *Women and Health*, 39(1), 45–63.

Stöckl, H. and Penhale, B. (2015). Intimate partner violence and its association with physical and mental health symptoms among older women in Germany. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(17), 3089–3111.

Yon, Y., Wister, A.V., Mitchell, B. and Gutman, G. (2014). A national comparison of spousal abuse in mid- and old age. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 26(1), 80–105.