



Centre de recherche interdisciplinaire
sur la violence familiale
et la violence faite aux femmes

Maryse Rinfret-Raynor
Myriam Dubé
Christine Drouin

Le dépistage de la violence conjugale dans les centres hospitaliers : implantation et évaluation d'un ensemble d'outils

Collection

ÉTUDES
EN BREF
3



Maryse RINFRET-RAYNOR
Myriam DUBÉ
Christine DROUIN

**LE DÉPISTAGE DE LA VIOLENCE CONJUGALE
DANS LES CENTRES HOSPITALIERS :
IMPLANTATION ET ÉVALUATION
D'UN ENSEMBLE D'OUTILS**

**SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE RECHERCHE
(Études en bref)**

Avril 2003

LE DÉPISTAGE DE LA VIOLENCE CONJUGALE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS : IMPLANTATION ET ÉVALUATION D'UN ENSEMBLE D'OUTILS

Directrice de recherche : Maryse Rinfret-Raynor

Cochercheure : Joane Turgeon (Comité Priorité Violence Conjugale)

Agentes de recherche : Myriam Dubé, Christine Drouin

Partenaires : La Direction de santé publique de Montréal-Centre, la Direction de santé publique de la Montérégie, le Centre hospitalier régional du Suroît et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Pour joindre le CRI-VIFF

Université de Montréal
C.P. 6128, succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3J7
Tél. (514) 343-5708
Télec. (514) 343-6442
Courriel : cri-viff@esersoc.umontreal.ca

Université Laval
Pavillon Charles-de Koninck, Bureau 0439
Sainte-Foy (Québec) G1K 7P4
Tél. (418) 656-3286
Télec. : (418) 656-3309
Courriel : criviff@fss.ulaval.ca

Site web : www.criviff.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	ii
1. LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE	1
2. LA PROBLÉMATIQUE	1
3. LES OBJECTIFS.....	2
4. LA MÉTHODOLOGIE	3
4.1 Présentation de la trousse d'instruments.....	3
4.2 Implantation	3
4.3 Méthodes d'évaluation	4
4.4 Entraves à la réalisation de la recherche.....	5
5. LES RÉSULTATS	5
5.1 Influence de l'implantation sur la pratique.....	5
5.2 Perception de la trousse d'instruments.....	6
5.3 Facteurs d'implantation.....	7
5.4 Recommandations du milieu pour l'implantation	10
6. LES NOUVELLES PISTES D'ACTION OU QUESTIONS DE RECHERCHE IDENTIFIÉES.....	11
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	13

SOMMAIRE

Depuis le milieu des années 1990, des professionnels de la santé et des services sociaux oeuvrant en centres hospitaliers ont été formés au dépistage et à l'intervention en violence conjugale. Suite à ces formations, les intervenants ont manifesté l'intérêt d'avoir un outil les appuyant dans leurs interventions auprès des femmes violentées. C'est dans cette optique qu'une trousse d'instruments de dépistage et d'intervention en violence conjugale a été développée par des membres du Comité Priorité Violence Conjugale grâce au financement conjoint de la Direction de santé publique de Montréal-Centre et de la Direction de la santé publique de la Montérégie. Le présent projet de recherche a donc comme principal objectif d'évaluer la faisabilité d'implanter cette trousse d'instruments de dépistage et d'intervention conçue pour le milieu hospitalier. Pour ce faire, la cueillette de données a été effectuée de deux façons. Un questionnaire a été distribué aux intervenants (n=78) des départements participants et des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de huit gestionnaires ayant été impliqués dans le processus d'implantation.

La comparaison des groupes formés lors des analyses quantitatives du questionnaire révèle que les intervenants influencés par l'implantation de la trousse d'instruments orientent les femmes vers des ressources et se rendent disponibles pour elles lorsqu'ils soupçonnent qu'elles sont victimes de violence conjugale. Également, les professionnels de la santé influencés par l'implantation de la trousse d'instruments de dépistage et d'intervention en violence conjugale sont préoccupés par la question des références à diverses ressources en violence conjugale, telles que les maisons d'hébergement lorsqu'ils interviennent auprès de femmes victimes de violence conjugale. De plus, ils tiennent à s'assurer de la sécurité de leurs patientes en se rendant disponibles si elles avaient besoin d'aide ou en leur assurant un suivi. Il semble aussi que le processus d'implantation ait donné lieu à une amorce de concertation par le biais de discussions entre les professionnels de la santé sur la problématique de la violence conjugale.

Plusieurs facteurs sont venus faciliter ou entraver l'implantation de la trousse d'instruments. L'analyse des entrevues a permis de dégager deux catégories principales de facteurs. La première concerne les éléments reliés au milieu hospitalier. Des caractéristiques organisationnelles du milieu hospitalier sont ainsi venues influencer négativement l'implantation de la trousse d'instruments. C'est le cas notamment du manque de ressources financières, du roulement de personnel qui a eu un impact sur le nombre de personnes formées et du mandat premier de l'hôpital. Toutefois, la présence d'équipes multidisciplinaires dans certains départements a facilité l'implantation de la trousse d'instruments. Les attitudes d'ouverture et d'intérêt démontrées par les intervenants et les gestionnaires ont aussi eu un impact positif sur l'implantation. La seconde catégorie de facteurs a trait au milieu de recherche. Les stratégies d'implantation adoptées par l'équipe de recherche, particulièrement celles reliées à la formation, ont eu de manière générale une influence positive sur l'implantation de la trousse d'instruments. Par contre, les difficultés rencontrées en début de recherche ont eu des répercussions négatives sur le processus d'implantation de la trousse d'instruments.

Les participants interrogés proposent des recommandations pour une démarche future d'implantation d'un instrument de dépistage et d'intervention en violence conjugale dans leur milieu de travail. Ils suggèrent d'abord que la formation offerte lors de l'implantation soit reprise à intervalles réguliers afin de pallier au roulement de personnel et de sensibiliser de façon continue les intervenants à la problématique. Les répondants recommandent aussi que l'équipe de recherche effectue des relances et soit présente dans le milieu hospitalier afin de sensibiliser et de rappeler le projet aux intervenants. Finalement, les cadres interrogés recommandent de modifier la trousse d'instruments afin qu'elle devienne un outil de dépistage facilement utilisable par tout le personnel de l'hôpital. Ils affirment qu'un outil de dépistage est plus important qu'un outil d'intervention pour le milieu hospitalier, lequel est centré davantage sur la santé physique de sa clientèle plutôt que sur les problématiques sociales vécues par celle-ci.

1- LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE

Depuis 1996, la Direction de santé publique de Montréal-Centre et la Direction de santé publique de la Montérégie travaillent en collaboration avec le Comité Priorité Violence Conjugale (CPVC) afin de former des intervenants de leur territoire au dépistage et à l'intervention en matière de violence conjugale. Dans ce contexte, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et le Centre hospitalier régional du Suroît ont permis la formation d'un très grand nombre de leurs professionnels. Suite à ces formations, les professionnels de la santé ont manifesté l'intérêt d'avoir un outil venant les appuyer dans leurs interventions auprès des femmes vivant cette problématique. C'est dans cette optique qu'une trousse d'instruments de dépistage et d'intervention en violence conjugale a été développée par des membres du CPVC grâce au financement conjoint de la Direction de santé publique de Montréal-Centre et de la Direction de la santé publique de la Montérégie. Par la suite, les deux Directions de santé publique ont demandé que la trousse d'instruments développée et son implantation dans les centres hospitaliers soient évaluées. Des chercheuses du Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF) ont ainsi été associées aux partenaires afin de réaliser l'implantation et l'évaluation de la trousse d'instruments.

Le projet de recherche avait donc comme principal objectif l'évaluation de l'implantation de cette trousse d'instruments de dépistage et d'intervention en violence conjugale conçue pour le milieu hospitalier. Il visait plus spécifiquement à vérifier son applicabilité, son efficacité et ses effets sur la clientèle, sur l'intervention ainsi que sur l'organisation des hôpitaux impliqués.

2- LA PROBLÉMATIQUE

La violence conjugale a des effets néfastes à long terme sur la santé des femmes violentées. Ceux-ci se manifestent par un état de santé plus fragile, une qualité de vie moindre et un plus grand recours aux services de santé (Tjaden et Thoennes, 2000). Ainsi, un pourcentage important de femmes victimes de violence conjugale consultent les urgences des hôpitaux pour des blessures physiques, des troubles gastriques, une perte d'appétit ainsi que pour des problèmes cardiaques (Coker, Smith, Bethea, King et McKeown, 2000 et Létourneau, Holmes et Chasendunn-Roark, 1999 dans Campbell, 2002). La violence conjugale affecte aussi la santé mentale des femmes qui la subissent. Les psychiatres rencontrent des femmes violentées par leur conjoint pour des problèmes aussi variés que la dépression, le stress post-traumatique, l'anxiété, l'insomnie ainsi que la diminution de l'estime et de la confiance en soi (Watts, Zimmerman et Campbell, 2002). La consommation d'alcool et de drogues peut être un indice de la présence de la violence conjugale (Golding, 1999 dans Campbell, 2002), certaines femmes consommant pour atténuer les symptômes de stress post-traumatique (Stark et Flitcraft, 1996). De plus, plusieurs femmes violentées consultent en gynécologie pour des problèmes associés à l'abus sexuel (Coker et al., 2000 et Létourneau et al., 1999 dans Campbell, 2002). La grossesse est aussi un facteur déclencheur ou aggravant de la violence conjugale. L'effet le plus connu de cette violence étant le risque de donner la mort à la mère et au fœtus (Parson et Harper, 1999 dans Campbell, 2002).

Les effets néfastes de la violence conjugale sur la santé des femmes les amènent à recourir davantage aux services de santé. Une étude canadienne révèle que les femmes violentées par leur conjoint ont reçu trois fois plus de soins médicaux que les femmes qui ne le sont pas (Ratner, 1993 dans Campbell, 2000). Hotch, Grunfeld, Mackay et Cowan (1995) montrent aussi, dans leur étude, qu'un grand nombre de femmes violentées se sentent plus en sécurité au service des urgences de l'hôpital qu'ailleurs dans la collectivité, surtout lorsqu'elles recherchent de l'aide pour la première fois. Le nombre élevé de femmes victimes de violence conjugale qui recourent aux hôpitaux amène Campbell (2002) à recommander que le dépistage de cette violence se fasse dans tous les secteurs de la santé. Cette recommandation est d'autant plus pertinente que les femmes violentées qui consultent pour des problèmes de santé ne dévoilent que rarement la violence dont elles sont victimes (Sharps, Koziol-McLain, Campbell, McFarlane, Sachs et Xu, 2001). Les médecins qui n'incluent pas le dépistage dans leur pratique peuvent perdre beaucoup de temps à chercher d'autres explications à des

problèmes découlant d'une situation de violence conjugale (Campbell, 2002). Or, très peu d'hôpitaux canadiens utilisent des protocoles de dépistage de la violence conjugale (Hotch, Grunfeld, Mackay et Ritch, 1996). Et lorsque ces protocoles existent, ils ne comprennent pas les trois interventions clé permettant d'identifier et d'aider les victimes de violence conjugale (avoir un protocole écrit, faire du dépistage systématique et donner un soutien moral sur place ainsi que des références).

Des études portant sur l'implantation de protocoles de dépistage de la violence conjugale en milieu hospitalier relèvent les lacunes soulevées par les professionnels qui les utilisent. À cet effet, les professionnels interrogés par Davis et Harsh (2001), indiquent que la formation inhérente au programme de dépistage était de trop courte durée et incomplète, particulièrement en ce qui concerne les références et le suivi. Dans le même ordre d'idées, une étude réalisée par Beaudoin, Cousineau, Jauvin et Paquet (2000) révèle que les intervenants ne veulent pas dépister s'ils n'ont pas les connaissances adéquates pour développer les habiletés leur permettant de pousser plus avant leur intervention (évaluation, documentation, références, suivi, etc.). Gamble (2000) mentionne également que plusieurs membres du personnel hospitalier vont accepter de dépister les femmes à condition d'avoir les connaissances et les outils pour intervenir et offrir un suivi. Ces résultats de recherche incitent les chercheurs à penser qu'il faut développer des outils d'intervention afin de répondre aux besoins des professionnels de la santé qui demandent d'être outillés dans leur pratique auprès des femmes victimes de violence conjugale.

Toutefois, l'implantation d'instruments de dépistage et d'intervention en violence conjugale dans les milieux hospitaliers exige que l'on tienne compte de certains facteurs. Selon Gamble (2000), la formation pré-implantation ne suffit pas pour intéresser les professionnels de la santé à intervenir en violence conjugale. Une formation continue est nécessaire, entre autres, afin de s'assurer que les nouveaux membres du personnel reçoivent l'information, que les professionnels en place soient au courant des changements apportés au protocole et que les intervenants de première ligne puissent réagir sur ce dernier. Elle suggère aussi que des cours portant sur la violence conjugale soient intégrés au programme offert en médecine et en sciences infirmières de sorte que les jeunes professionnels soient sensibilisés à la problématique et à son dépistage très tôt dans leur pratique, facilitant, de cette façon, l'implantation d'un protocole dans leur futur établissement hospitalier. De plus, les cadres devraient être partie prenante dans l'intégration d'un programme d'intervention en violence conjugale afin de s'assurer de leur appui décisionnel et financier ainsi que de leurs connaissances du système bureaucratique et des politiques de l'hôpital. Les groupes communautaires locaux avec lesquels les intervenants doivent entrer en contact devraient eux aussi être des partenaires associés au programme.

Ce projet est novateur pour la recherche en violence conjugale au Québec car il s'agit d'une première démarche d'implantation d'instruments de dépistage et d'intervention portant sur la problématique en milieu hospitalier. Une expérience similaire a déjà été réalisée en 1994 au CLSC Saint-Hubert avec des outils de dépistage et a eu un franc succès auprès des intervenants et des gestionnaires de l'établissement (Rinfret-Raynor, Turgeon et Dubé, 2001).

3- LES OBJECTIFS

Les objectifs initiaux du projet ont dû être modifiés en cours de recherche, compte tenu des délais occasionnés par des difficultés rencontrées dans les centres hospitaliers ciblés. D'abord, dans l'un des deux hôpitaux, l'engagement au projet ne tenait pas compte des sommes qui devaient être déboursées pour le dégageant du personnel afin qu'ils prennent part à la formation rattachée au projet de recherche. Le montant encouru par cette formation n'avait donc pas été prévu dans le budget de l'année 2001. Ces informations n'étant parvenues que très tardivement aux chercheuses, malgré les relances effectuées à ce sujet, la formation a pris un retard important, ce qui a retardé d'autant la procédure d'implantation des instruments.

De plus, la méthode d'utilisation de la trousse d'instruments, telle que prévue par les auteures, a dû être repensée afin de répondre aux normes du comité d'éthique d'un des deux

hôpitaux. En effet, les membres du comité d'éthique jugeaient que les informations recueillies avec les formulaires pouvaient amener un non-respect de la confidentialité. Ainsi, conjointement avec la direction de l'hôpital, les chercheuses ont décidé de créer un dossier spécifique à la violence conjugale plutôt que de mettre les informations dans le dossier médical de la patiente, tel que projeté initialement.

Le retard dans l'implantation a rendu impossible la mesure de tout ce qui a trait à l'évaluation de l'efficacité des instruments et des effets de l'implantation. Dans ces circonstances, l'équipe de recherche a dû modifier les objectifs de l'étude. Ainsi, de nouveaux objectifs ont été développés afin d'évaluer la faisabilité d'implantation d'une trousse d'instruments de dépistage et d'intervention en violence conjugale en milieu hospitalier. Plus spécifiquement :

- 1) Mesurer l'influence de l'implantation de la trousse d'instruments de dépistage et d'intervention en violence conjugale sur les pratiques des intervenants à l'égard de cette problématique;
- 2) évaluer le degré d'utilisation ainsi que la perception du personnel hospitalier à l'égard de la trousse d'instruments;
- 3) identifier les facteurs facilitant ou entravant l'implantation de la trousse d'instruments;
- 4) proposer des recommandations pour faciliter l'implantation des outils d'intervention en violence conjugale dans les milieux hospitaliers.

4- LA MÉTHODOLOGIE

La recherche comporte donc deux volets principaux, soit l'implantation d'une trousse d'instruments de dépistage et d'intervention en violence conjugale dans deux milieux hospitaliers ciblés et l'évaluation de cette implantation.

4.1-Présentation de la trousse d'instruments

Le DÉDRI est une trousse d'instruments qui vise à faciliter le **D**épistage, l'**É**valuation, la **D**ocumentation, la **R**éférence et l'**I**ntervention en violence conjugale pour les professionnels de la santé et des services sociaux oeuvrant en milieu hospitalier. Il comporte deux principaux types d'instruments : des aide-mémoire et des formulaires. Les aide-mémoire sont des instruments qui soulignent certaines notions importantes concernant la violence conjugale. Les intervenants s'y réfèrent au besoin pour se rappeler certains principes ou certaines façons de faire. Les formulaires, quant à eux, correspondent à des fiches à compléter à partir des informations recueillies lors de la rencontre avec la femme. Ces formulaires sont ensuite intégrés au dossier médical de la patiente. Pour l'un des deux hôpitaux, les formulaires sont plutôt insérés dans un dossier créé spécifiquement pour conserver les informations traitant de la violence conjugale.

4.2-Implantation

L'implantation de la trousse d'instruments s'est effectuée dans sept départements des deux hôpitaux participant à l'étude, soit le département de l'urgence, le centre mère-enfant (département d'obstétrique et de pédiatrie) et le département de psychiatrie (interne et externe) du Centre hospitalier régional du Suroît; et les départements de gynécologie et d'obstétrique, de pédiatrie, de psychiatrie (interne et externe) et l'unité de médecine familiale de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. La sélection des départements s'est effectuée à partir de la littérature et des contraintes relatives au contexte hospitalier prévalant au Québec actuellement. Le projet de recherche n'a pas été mené de manière simultanée dans les deux hôpitaux.

La première étape de l'implantation a consisté en une formation sur la problématique, le dépistage et l'intervention en violence conjugale ainsi que sur la trousse d'instruments implantée dans chacun des départements participant à la recherche. La formation visait à sensibiliser les intervenants à la violence conjugale, à les préparer à utiliser les instruments de la trousse et à intervenir avec plus d'aisance auprès de la clientèle des femmes violentées. La

formation, d'une durée approximative de 12 heures, a été répartie en plusieurs sessions selon les disponibilités du personnel des départements. Au Centre hospitalier régional du Suroît, elle s'est déroulée sur trois jours. Durant la première journée, les professionnels ont été formés à la problématique de la violence conjugale. Cette journée n'était pas obligatoire pour les gens qui avaient déjà reçu une formation sur la problématique. La seconde journée était consacrée à l'intervention et à l'utilisation de la trousse d'instruments (obligatoire pour tous), et la troisième journée, qui regroupait le contenu des premières rencontres de formation, s'adressait exclusivement aux intervenants sociaux. En ce qui concerne la formation à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, elle était subdivisée en blocs de deux ou trois heures plutôt qu'en journées. Le contenu des deux premiers blocs portait sur la problématique de la violence conjugale et celui des deux autres sur l'intervention et l'utilisation des instruments implantés. Comme précédemment, les intervenants ayant reçu une formation antérieure n'étaient pas obligés d'assister aux deux premiers blocs pour être considérés comme étant formés. Les rencontres de formation ont été développées et données par des membres du Comité Priorité Violence Conjugale et financées par la Direction de santé publique de chacune des régions. En tout, 39 professionnels du Centre hospitalier régional du Suroît et 58 professionnels de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ont reçu la formation complète.

Par la suite, plusieurs stratégies ont été utilisées par l'équipe de recherche afin de sensibiliser à la violence conjugale les professionnels n'ayant pas reçu la formation. D'abord, un mois après la fin des formations, des kiosques et des dépliants portant sur la violence conjugale ainsi que sur son dépistage ont été réalisés. Ces journées d'informations ont eu lieu dans un endroit passant de l'hôpital, afin d'atteindre le plus grand nombre possible de personnes y oeuvrant. De plus, des affiches ont été installées dans les départements impliqués dans la recherche. Elles illustraient divers instruments de dépistage et d'intervention en violence conjugale disponibles dans la trousse d'outils qui allait être implantée. Toutefois, cette stratégie n'a été utilisée qu'avec un seul hôpital à cause des difficultés de négociation pour l'installation des affiches avec l'autre établissement.

Suite aux formations, une agente de recherche s'est rendue à l'hôpital une journée par semaine afin de répondre aux questions des intervenants. Toutefois, cette démarche n'a pas été reprise dans le second hôpital car elle ne semblait pas adaptée au contexte du milieu. En effet, en un mois, aucun intervenant n'est venu consulter l'agente de recherche.

Peu avant la mise en place de la trousse d'instruments, une lettre, signée par la direction de l'hôpital, a été envoyée aux chefs des départements afin de les informer de l'arrivée de la trousse. Ce sont ces derniers qui se sont occupés de distribuer les documents aux endroits préalablement établis avec l'équipe de recherche (un an après les formations). Le nombre et l'emplacement des documents ont été déterminés avec chacun des chefs d'unité des deux hôpitaux.

4.3-Méthodes d'évaluation

La présente recherche avait pour objectif de mesurer l'influence de la trousse d'instruments sur la pratique des intervenants et de connaître la perception de ceux-ci à l'égard des instruments implantés. Afin de répondre à ces objectifs, un questionnaire, portant sur la pratique des intervenants en violence conjugale ainsi que sur leurs perceptions de la trousse d'instruments implantée, a été distribué parmi les professionnels des départements ciblés cinq mois après l'implantation. Les questionnaires (170) ont été remis aux chefs d'unité qui se sont chargés de les distribuer aléatoirement parmi les intervenants de leur département. En tout, 78 intervenants ont répondu au questionnaire, ce qui donne un taux de retour de 45,88%. Trente-deux répondants (41%) proviennent du Centre hospitalier régional du Suroît et 46 (59%) de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Les principales professions exercées par les participants sont : infirmières (56,4%), intervenants sociaux (16,7%), médecins (9%) et ergothérapeutes (6,4%). La plupart des participants sont des femmes (85,9%). Afin d'identifier les facteurs facilitant ou entravant l'implantation d'un outil de dépistage et d'intervention en violence conjugale, des entrevues individuelles auprès des gestionnaires impliqués dans le projet ont été

privilegiées. Ces personnes clé ont servi de lien entre le milieu hospitalier et le milieu de recherche tout au long du projet. Les entrevues se sont déroulées six mois après l'implantation de la trousse d'instruments de dépistage et d'intervention en violence conjugale. Au total, trois cadres du Centre hospitalier régional du Suroît et cinq cadres de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ont été rencontrés. La moyenne d'âge des répondants était de 49 ans (É.T.=6,88) et une majorité était des femmes (62,5%). Ils avaient, en moyenne, 14 années d'expérience (É.T.=6,23) en tant que gestionnaire en milieu hospitalier.

4.4-Entraves à la réalisation de la recherche

Certains éléments ont fragilisé la structure de la recherche. Un an s'est ainsi passé entre le moment où les deux directions d'hôpitaux ont donné leur aval au projet et celui où la subvention a été accordée. Entre temps, le départ du directeur des services professionnels d'un des deux hôpitaux ainsi que l'absence d'une nouvelle personne à ce poste durant la période de la recherche ont rendu difficile l'appui à l'implantation du projet dans cet établissement. Ajoutons à ces conditions peu favorables, de nombreuses coupures budgétaires dans le secteur de la santé au Québec qui ont entraîné une diminution de la disponibilité du milieu hospitalier dans la gestion de nouvelles priorités sanitaires. Ces facteurs ont fait en sorte que les milieux de pratique n'ont pas été préparés aussi bien que les chercheuses l'auraient souhaité à la venue du projet. Afin de pallier ces difficultés, plusieurs rencontres ont ainsi dû être effectuées avec les directions des hôpitaux pour les convaincre de poursuivre leur engagement dans le projet de recherche et de mettre en place les conditions nécessaires pour sa réussite.

5- LES RÉSULTATS

Deux instruments ont été utilisés pour recueillir les données. Un questionnaire a été utilisé afin de recueillir la perception à l'égard de la trousse d'instruments et les méthodes d'intervention des professionnels, et ainsi mesurer l'influence de l'implantation sur leurs pratiques. Cette démarche a été privilégiée étant donné le peu de temps dont disposent les intervenants dans le contexte particulier prévalent dans les centres hospitaliers. De plus, des entrevues qualitatives ont été réalisées auprès des cadres ayant participé à l'implantation de la trousse d'instruments dans les deux hôpitaux. Le matériel ramassé a permis d'identifier les facteurs ayant influencé le processus d'implantation et aidé à faire des recommandations pour une future démarche d'implantation d'un instrument de dépistage et d'intervention en violence conjugale dans les milieux hospitaliers.

5.1-Influence de l'implantation sur la pratique

Le premier objectif du projet de recherche était de mesurer l'influence de l'implantation sur les pratiques des intervenants. Afin d'atteindre cet objectif, des comparaisons ont été réalisées sur deux groupes de répondants quant à un ensemble de variables tirées du questionnaire distribué suite à l'implantation. Le premier groupe comprend, d'une part, les intervenants qui ont suivi la formation inhérente à l'implantation, en 2001, du programme de dépistage et d'intervention en violence conjugale et, d'autre part, ceux qui perçoivent une amélioration de leur capacité de dépister et de leur facilité d'intervenir depuis 2001, et ce, peu importe qu'ils aient ou non suivi la formation. Ces deux dernières variables sont tirées de réponses du questionnaire où les répondants devaient évaluer dans quelle mesure certaines pratiques avaient changé depuis l'implantation. Compte tenu que l'on présuppose que les intervenants qui ont reçu la formation ont été influencés positivement par celle-ci, et que les répondants au questionnaire ont évalué le changement de façon positive, ce groupe sera nommé les **intervenants influencés par l'implantation** (n=47). Le second groupe de répondants consiste en des intervenants qui ne correspondent pas aux critères précédents (**intervenants non influencés par l'implantation** (n=25)). L'ensemble des variables ayant trait à l'implantation étant de nature catégorielle, le test statistique employé pour comparer ces deux groupes est le Khi-carré (χ^2), ce dernier étant utilisé lorsque le nombre de fréquences

théoriques attendues est égal ou supérieur à cinq et le nombre de comparaisons de groupes effectuées est égal ou supérieur à deux (2 x 2). Le seuil de probabilité retenu est de $p < 0.05$.

Ainsi, autant de professionnels de la santé dans les deux groupes sont des femmes ou des hommes ($\chi^2(1, n=64)=1,081, p=0.298$), proviennent de chacun des deux hôpitaux ($\chi^2(1, n=72)=0,196, p=0.658$), travaillent dans le même secteur d'activités, soit en ergothérapie, en travail social, en sciences infirmières, en médecine ou exercent une forme ou l'autre de thérapie ($\chi^2(5, n=72)=4,427, p=0.490$). Une différence significative est cependant constatée entre les deux groupes de répondants quant au statut d'emploi. Ainsi, un pourcentage plus important d'intervenants influencés par l'implantation (78,3%) que d'intervenants qui ne l'étaient pas (44%) occupaient un poste à temps plein de façon régulière ($\chi^2(1, n=71)=9,291, p=0.010$). À noter qu'autant d'intervenants des deux groupes avaient reçu des formations en violence conjugale antérieures à celle reçue dans le cadre du présent projet ($\chi^2(1, n=72)=0,897, p=0.639$).

Une question a aussi été posée aux professionnels à propos de leur façon d'intervenir la dernière fois qu'ils avaient soupçonné qu'une de leur patiente avait été victime de violence conjugale. Les résultats montrent qu'un plus grand pourcentage d'intervenants influencés par l'implantation que d'intervenants qui ne l'étaient pas lui avaient parlé des ressources en violence conjugale (48,7% vs 21,1%; $\chi^2(1, n=58)=4,086, p=0.043$) et lui avaient dit de l'appeler si elle avait besoin d'aide (41% vs 15,8%; $\chi^2(1, n=58)=3,694, p=0.05$).

Une question a été adressée aux professionnels de la santé quant aux interventions effectuées lors de leur dernière rencontre avec une victime de violence conjugale. Ainsi, un pourcentage plus élevé de professionnels de la santé influencés par l'implantation que de professionnels qui ne l'étaient pas ont indiqué qu'ils avaient référé leur patiente à un autre intervenant (68,3% vs 40,9%; $\chi^2(1, n=63)=4,429, p=0.035$), lui avaient parlé des maisons d'hébergement (48,8% vs 22,7%; $\chi^2(1, n=63)=4,060, p=0.044$), s'étaient assurés de garder le contact avec elle (34,1% vs 4,5%; $\chi^2(1, n=63)=6,916, p=0.009$) et/ou lui avaient dit de l'appeler si elle avait besoin d'aide (46,3% vs 13,6%; $\chi^2(1, n=63)=6,739, p=0.009$). Il semble aussi que plus de professionnels de la santé influencés par l'implantation ont discuté davantage du cas de victimes de violence conjugale avec leurs collègues que de professionnels non influencés (58,7% vs 29,2%; $\chi^2(1, n=70)=5,505, p=0.019$).

Alors qu'une proportion de professionnels influencés par l'implantation supérieure à celle des professionnels non influencés connaissaient la trousse d'instruments (61,7% vs 8%; $\chi^2(1, n=72)=19,196, p=0.000$), seulement sept professionnels l'avaient utilisée : six influencés par l'implantation et un non influencé par celle-ci. Une explication possible à cette faible utilisation est le court laps de temps (cinq mois) entre le moment où l'instrument a été implanté et celui où le questionnaire est parvenu aux intervenants. En effet, comme les statistiques rapportent que les femmes victimes de violence conjugale représentent 10 à 20% de la clientèle de l'hôpital, il se peut que les intervenants n'aient pas rencontré de femmes victimes de violence conjugale pendant ce laps de temps.

Donc, les professionnels de la santé influencés par l'implantation d'un programme de dépistage et d'intervention en violence conjugale sont préoccupés par la question des références à diverses ressources en violence conjugale, telles que les maisons d'hébergement. De plus, ils tiennent à s'assurer de la sécurité de leurs patientes en se rendant disponibles si elles avaient besoin d'aide ou en leur assurant un suivi. Il semble aussi que l'implantation de ce programme ait donné lieu à une amorce de concertation par le biais de discussions entre les professionnels de la santé sur la problématique de la violence conjugale.

5.2-Perception de la trousse d'instruments

Les entrevues qualitatives ont permis de recueillir le point de vue des gestionnaires des hôpitaux et des départements ciblés concernant la trousse d'instruments de dépistage et d'intervention en violence conjugale implantée dans leur milieu.

Pour ce qui est du contenu de la trousse d'instruments, les répondants considèrent qu'elle est complète et apporte beaucoup d'informations sur la problématique. La trousse apparaît comme un bon outil de formation et de transmission des connaissances. Selon les cadres, la trousse d'instruments rend les interventions plus efficaces. Toutefois, les formulaires ne semblent pas pertinents pour les répondants, car ils ont déjà leur propre méthode de travail. Les participants rapportent d'ailleurs que ces formulaires leur posent problème car le fait de les remplir leur occasionne un surplus de travail. De plus, ceux-ci considèrent que le fait de créer un dossier spécifique à la violence conjugale pour conserver ces formulaires vient alourdir leur tâche.

Les gestionnaires interrogés ont également donné leur point de vue relativement au format de la trousse d'instruments. Ceux-ci apprécient son organisation et sa présentation. L'algorithme et les feuilles résumées contenus dans la trousse facilitent sa consultation. Cependant, il s'agit d'un document « imposant » (en terme de nombre de pages) et coûteux, ce qui limite sa diffusion dans l'ensemble de l'hôpital. Afin de combler cette lacune, les répondants suggèrent de modifier le format de la trousse d'instruments. La réduction du document en augmenterait la diffusion et l'accessibilité à l'ensemble du personnel hospitalier. De plus, les participants soulignent qu'une formule abrégée de la trousse faciliterait le dépistage et l'intervention.

D'après les participants rencontrés, la trousse d'instruments semble très peu utilisée par les professionnels. L'utilisation principale qu'ils en font consiste à la consulter ou à s'y référer afin d'acquérir plus de connaissances sur la problématique. La trousse est également utilisée comme outil d'enseignement et de transmission de connaissances. Elle a même été incluse dans la formation qui a trait à la violence conjugale donnée aux médecins résidents. Dans cette optique, certains répondants suggèrent d'ajouter une section à la trousse permettant aux intervenants d'insérer des documents (articles, dépliants) concernant la violence conjugale.

5.3-Facteurs d'implantation

L'analyse qualitative des entrevues avec les personnes clé du projet révèle deux catégories principales de facteurs facilitant ou entravant l'implantation de la trousse d'instruments de dépistage et d'intervention en violence conjugale dans les milieux hospitaliers. La première concerne les facteurs reliés au milieu hospitalier. Elle se subdivise en trois types : les caractéristiques organisationnelles, celles reliées à l'intervention et celles rattachées aux professionnels de l'hôpital. La seconde a trait aux facteurs associés au milieu de recherche, soit l'intégration du projet de recherche dans les hôpitaux ciblés et les stratégies d'implantation utilisées. Le tableau 1 en fin de section résume ces facteurs.

1- Milieu hospitalier

Certaines **caractéristiques organisationnelles** ont influencé l'implantation de la trousse d'instruments. D'abord, le facteur le plus souvent rapporté par les répondants a trait aux **ressources humaines et budgétaires de l'hôpital**. Plus précisément, le manque de personnel de remplacement a fait en sorte que peu d'infirmières ont pu bénéficier de la formation inhérente à l'implantation. Au service des urgences, seulement deux personnes ont reçu la formation dans le premier hôpital et aucune dans le second. La pénurie d'infirmières amène aussi une surcharge de travail, leur laissant peu de temps pour dépister la violence conjugale et par conséquent, pour utiliser la trousse d'outils. À l'inverse, les gestionnaires des cliniques externes rattachées aux départements ciblés ont pu facilement libérer l'ensemble des membres de leur personnel pour recevoir la formation et ainsi se familiariser avec la trousse implantée.

Une autre caractéristique organisationnelle desservant l'implantation est le **roulement de personnel**. Les congés de maladie occasionnent plusieurs remplacements. Dans le cas de l'unité de médecine familiale, comme il s'agit d'une unité d'enseignement, les médecins résidents y restent peu de temps. Ce roulement de personnel a entraîné une limitation du nombre de personnes formées lors de la mise en place de la trousse d'instruments.

D'autres facteurs se rapportant au **fonctionnement des départements** à l'étude ont influencé l'implantation de la trousse d'instruments. Son intégration a, par exemple, été facilitée par la présence d'équipes multidisciplinaires. Ainsi, le fait que tous les professionnels impliqués auprès d'un patient se voient lors de réunions d'équipe met en perspective la prise en compte des problématiques sociales dans le dossier. La concertation amène une sensibilisation pour la violence conjugale dans l'intervention et ainsi pour l'utilisation de la trousse d'instruments qui ne serait peut-être pas présente chez tous les professionnels du département. Toutefois, des éléments relatifs au fonctionnement des départements ciblés et de l'hôpital ont entravé l'implantation de la trousse d'instruments. Selon un gestionnaire, le militantisme syndical d'un département a amené les infirmières à voir l'utilisation de la trousse comme un surplus de travail. Les participants soulignent aussi des changements structurels au plan hospitalier. Ainsi, le fonctionnement de l'hôpital s'effectuant maintenant par programme de clientèle plutôt que par département, le nombre de personnes formées dans les équipes de travail est réduit.

Il importe aussi de prendre en compte le rôle des hôpitaux relativement à l'implantation d'instruments de dépistage et d'intervention en violence conjugale. Le **mandat des hôpitaux** est davantage axé sur le traitement des problèmes de santé physique de la clientèle rendant ainsi les problématiques sociales moins prioritaires pour ceux-ci. Dans ces circonstances, la mise en place de la trousse d'instruments devient plus difficile. D'autant plus que pour les répondants, le rôle des centres hospitaliers en violence conjugale a trait principalement au dépistage et aux références plutôt qu'à l'intervention directe auprès des femmes.

En plus des caractéristiques organisationnelles, des **caractéristiques liées à l'intervention** dans les milieux hospitaliers ont aussi influencé l'implantation de la trousse d'instruments. Un de ces facteurs plus déterminant est la **confidentialité**. Pour les répondants, la section de la trousse d'instruments comprenant les formulaires à consigner au dossier médical de la patiente pourrait lui porter préjudice car l'information concernant la violence conjugale serait divulguée plus largement étant donné que diverses personnes consultent le dossier médical.

Les répondants relatent, néanmoins, que le **suivi régulier auprès de la clientèle** favorise l'utilisation de la trousse d'instruments et son intégration dans l'intervention des professionnels. Ainsi, les professionnels qui voient régulièrement la patiente ont plus de temps pour aborder la problématique avec elle. Également, le suivi permet à l'intervenant de faire des constatations par rapport à la vie conjugale subie par la femme plus facilement qu'un autre qui ne la voit seulement qu'une fois, c'est le cas notamment pour les intervenants de l'unité de médecine familiale et de pédiatrie. De plus, on rapporte que le contact régulier avec la clientèle de l'hôpital rend les professionnels plus sensibilisés aux problématiques sociales.

Les **caractéristiques personnelles des professionnels et gestionnaires du milieu hospitalier** sont d'autres facteurs à considérer dans l'évaluation de l'implantation. En effet, les répondants perçoivent l'**attitude des intervenants** et l'**implication des personnes clé** comme des éléments fondamentaux de l'implantation de la trousse d'instruments. D'abord, l'ouverture et l'intérêt des intervenants et surtout des gestionnaires l'ont grandement facilitée. Les répondants soulignent aussi la sensibilisation des intervenants à la problématique. Par contre, l'implication ou non des médecins a grandement influencé l'implantation. En effet, l'implication des médecins était déterminante dans la volonté des intervenants d'utiliser ou non la trousse d'instruments. Également, le manque de personnes-ressources rattachées au projet pour chacun des départements a fait en sorte que la trousse d'instruments a été oubliée à cause de la lourdeur des tâches quotidiennes.

2- Milieu de recherche

Des facteurs inhérents au projet de recherche ont aussi influencé l'implantation de la trousse d'instruments de dépistage et d'intervention en violence conjugale : l'intégration du projet dans les milieux et les stratégies d'implantation adoptées par les chercheuses.

Tout d'abord, certains éléments sont reliés directement à **l'intégration du projet** de recherche dans les hôpitaux. Les participants affirment que la **réceptivité** de la direction des deux hôpitaux à l'égard du projet de recherche a favorisé l'entrée de la trousse d'instruments dans les milieux. Par contre, le fait que les intervenants actuels perçoivent que le projet soit une initiative extérieure à l'hôpital, et ce malgré qu'elle provienne d'une demande faite par les professionnels des deux centres hospitaliers quelques années auparavant lors de la première vague de formation, a fragilisé l'implantation. Ainsi, les participants rapportent que la trousse d'instruments ne répondait à aucune demande des intervenants, et donc leur participation à l'implantation s'en est trouvée amoindrie. De plus, le manque de réceptivité du personnel hospitalier a entravé l'implantation de la trousse dans un des deux hôpitaux au point qu'une seule personne a pris l'entière responsabilité du suivi du projet de recherche.

Les **exigences générées par le projet de recherche** ont aussi été contraignantes pour les deux directions d'hôpitaux. D'abord, lors de l'acceptation du projet, celles-ci n'ont pas tenu compte des coûts de remplacement du personnel pour les formations, ce qui a entraîné un processus de négociations avec l'équipe de recherche qui a retardé le processus d'implantation. En effet, même si les Directions de santé publique défrayaient les formations, les coûts reliés au remplacement des professionnels n'avaient pas été prévus. Ceci a fait en sorte que les intervenants ont reçu la formation en moins grand nombre. Toujours en lien avec les exigences requises pour le projet, les répondants soulignent que le lien entre le projet d'évaluation d'implantation et le protocole d'implantation lui-même n'était pas clairement explicité aux professionnels lors des formations. Cette lacune a fait en sorte qu'au moment de la passation du questionnaire pour la recherche, les intervenants n'ont pas compris l'utilité d'y répondre.

Les **stratégies d'implantation** adoptées par les chercheuses ont influencé l'implantation. Dans un premier temps, la **formation** offerte a sensibilisé les intervenants en milieu hospitalier à la problématique de la violence conjugale et à l'importance de dépister et d'intervenir. Cependant, certains répondants auraient souhaité avoir davantage d'exercices pratiques avec la trousse d'instruments lors des formations afin de les encourager à utiliser les instruments pour dépister, mais surtout pour intervenir en violence conjugale.

Diverses stratégies relatives à l'équipe de recherche ont influencé l'intégration de la trousse d'instruments dans la pratique du personnel hospitalier. C'est le cas, notamment, de la disposition des affiches présentant la trousse d'instruments qui a suscité la curiosité des intervenants. De plus, certains participants affirment que le questionnaire a servi de rappel aux professionnels. À l'inverse, les répondants relatent qu'un délai important entre la formation et l'implantation a diminué l'impact de celle-ci sur la motivation des intervenants à inclure la trousse d'instruments dans leur pratique. Également, le fait que les contacts entre le milieu hospitalier et la recherche se soient effectués par l'entremise des cadres (ceci étant une contrainte imposée par la direction des hôpitaux à l'équipe de recherche) a amené un manque d'appropriation du projet de la part des professionnels. De plus, à un des deux hôpitaux ciblés, les participants rapportent que la trousse d'instruments n'était pas adaptée au fonctionnement des départements. Il aurait ainsi été préférable de présenter la trousse aux différents programmes axés sur la clientèle plutôt qu'aux départements. Par cette démarche, un plus grand nombre de départements auraient pris connaissance de la trousse et l'auraient utilisée. Toutefois, les chercheuses n'ont pas été informées de ces changements dans la structure de l'hôpital.

Les **relations avec le milieu** par les chercheuses semblent avoir entravé l'implantation de la trousse d'instruments aux dires des répondants. Ils soulignent, entre autres, le peu de rencontres et de contacts entre le milieu hospitalier et le milieu de recherche. Ces rencontres auraient pu, selon eux, maintenir l'intérêt du personnel des départements pour le projet et le sensibiliser à l'importance de dépister et d'intervenir en violence conjugale. Toutefois, les efforts pour intégrer un membre de l'équipe de recherche dans les milieux ont été vains, car aucun intervenant ne l'a consulté. Ils mentionnent aussi qu'une consultation plus grande des milieux

impliqués dans le projet aurait facilité davantage l'implantation de la trousse d'instruments dans les hôpitaux.

Tableau 1 : Synthèse des facteurs ayant facilité ou entravé l'implantation de la trousse d'instruments de dépistage et d'intervention en violence conjugale dans les milieux hospitaliers

Milieu hospitalier	Caractéristiques organisationnelles	Ressources (humaines, financières)
		Roulement de personnel
		Mandat des hôpitaux
		Fonctionnement des départements
	Caractéristiques d'intervention	Confidentialité
		Contact avec la clientèle
	Caractéristiques personnelles des professionnels et gestionnaires	Attitudes
		Implication de personnes clé
Milieu de recherche	Intégration du projet dans les milieux	Réceptivité des milieux
		Exigences du projet
	Stratégies d'implantation	Formation
		Diverses stratégies
		Relations avec le milieu

En conclusion, plusieurs facteurs ont facilité l'implantation de la trousse d'instruments et d'autres l'ont entravé. L'analyse des entrevues a permis de dégager deux catégories principales de facteurs. La première concerne les éléments reliés au milieu hospitalier. Des caractéristiques organisationnelles de ce milieu ont ainsi influencé négativement l'implantation de la trousse d'instruments. C'est le cas notamment du manque de ressources financières, du roulement de personnel qui a eu un impact sur le nombre de personnes formées, et du mandat premier de l'hôpital. Toutefois, la présence d'équipes multidisciplinaires dans certains départements a facilité l'implantation de la trousse. Les attitudes d'ouverture et d'intérêt démontrées par les intervenants et les gestionnaires ont aussi eu un impact positif sur l'implantation. La seconde catégorie de facteurs a trait au milieu de recherche. Les stratégies d'implantation adoptées par l'équipe de recherche, particulièrement la formation, ont eu, de manière générale, une influence positive sur l'implantation de la trousse d'instruments. Par contre, les difficultés rencontrées en début de recherche ont amené des répercussions négatives sur le processus d'implantation.

5.4-Recommandations du milieu pour l'implantation

Les entrevues individuelles effectuées auprès des personnes clé impliquées dans la recherche permettent de formuler des recommandations pertinentes à l'implantation future d'un instrument de dépistage et d'intervention en violence conjugale en milieu hospitalier. Les recommandations portent sur trois aspects : la formation, les stratégies d'implantation et l'instrument implanté.

Afin d'améliorer la formation, les chefs des unités recommandent que les sessions de formation soient raccourcies et plus fréquentes afin qu'un plus grand nombre d'intervenants en bénéficient sans qu'il n'en coûte plus cher aux hôpitaux. Ils suggèrent également que la formation soit reprise à intervalles réguliers afin de tenir compte du roulement de personnel et de sensibiliser de façon continue les intervenants à la problématique de la violence conjugale. De plus, certains répondants davantage impliqués en intervention demandent que la formation soit mieux adaptée aux besoins spécifiques des différents secteurs de pratique et qu'elle soit axée davantage sur l'intervention et l'application des outils.

Les répondants se sont également prononcés sur les stratégies d'implantation à adopter afin d'intégrer un outil de dépistage et d'intervention en violence conjugale dans leur milieu de pratique. D'abord, ils recommandent d'effectuer une campagne de sensibilisation auprès de la clientèle. Aussi, les participants suggèrent de publiciser davantage l'instrument dans tout l'hôpital et de faire des relances régulières afin qu'il ne soit pas mis de côté. Certains répondants affirment que l'organisation d'un lancement officiel lors de l'intégration de l'instrument dans le milieu pourrait favoriser son implantation. Également, les répondants mettent l'accent sur l'importance d'impliquer tous les professionnels dans le programme d'implantation, particulièrement les médecins qui sont des personnes influentes pour les départements.

Finalement, les cadres interrogés recommandent de modifier et simplifier la trousse d'instruments afin qu'elle devienne un outil de dépistage facilement utilisable par tout le personnel de l'hôpital. Les répondants affirment qu'un outil de dépistage est plus important qu'un outil d'intervention pour le milieu hospitalier, lequel est centré davantage sur la santé physique de sa clientèle plutôt que sur les problématiques sociales vécues par celle-ci.

6- LES NOUVELLES PISTES OU QUESTIONS DE RECHERCHE IDENTIFIÉES

L'expérience acquise lors de cette étude ainsi que l'analyse des résultats mettent en lumière quelques pistes d'action à considérer pour des recherches futures portant sur l'implantation d'outils de dépistage et d'intervention en violence conjugale dans les milieux hospitaliers.

D'abord, l'expérience vécue au cours de la recherche montre à quel point il est difficile d'insérer la recherche sociale dans les milieux hospitaliers, où le mandat principal est de traiter les problèmes de santé physique de la population. Ainsi, les chercheurs doivent s'assurer d'avoir un appui clair de tout l'hôpital, de la direction et des intervenants, avant l'implantation et tout au long de la recherche, afin de maintenir le statut prioritaire de la problématique de la violence conjugale.

Les stratégies de sensibilisation, à ce titre, deviennent des plus importantes, non seulement pour encourager un intérêt véritable de la part des professionnels de la santé envers une problématique sociale, mais aussi pour en intégrer, de façon durable, sa connaissance, son dépistage et son intervention. La formation continue, en ce sens, est une stratégie de sensibilisation appropriée à la problématique de la violence conjugale et à toute problématique sociale puisqu'elle permet aux intervenants de maintenir à jour leurs connaissances ainsi que leur façon de dépister et d'intervenir en leur permettant de répondre de façon ponctuelle à leurs interrogations.

Les infirmières au triage, étant le premier contact de la patiente avec l'hôpital, elles sont donc à la fois des personnes clé dans le dépistage et l'intervention en violence conjugale, mais aussi des personnes difficiles à rejoindre étant donné la nature de leur travail. D'où l'importance de former des infirmières-chef qui, à leur tour, pourront former leur personnel ou encore, d'avoir une personne de confiance connue du personnel hospitalier qui se chargera de les sensibiliser par de la formation continue. Cette personne de confiance pourrait provenir des maisons d'hébergement ou y être associée, le personnel de ces organismes démontrant des compétences à la fine pointe en matière de violence conjugale. La concertation entre le monde hospitalier et le milieu communautaire, par leur complémentarité, serait ainsi des plus bénéfique pour les victimes. Les soins physiques indispensables aux victimes s'accompagneraient de l'intervention sociale tout aussi nécessaire.

Actuellement au Québec, les hôpitaux doivent agir dans un contexte de réduction budgétaire tout en maintenant la qualité des soins auprès de la clientèle. Cette situation amène les professionnels à intervenir davantage sur le plan de la santé physique que sur le plan social. Ce contexte laisse donc peu de place pour le dépistage de la violence conjugale et encore moins pour l'utilisation d'instruments complexes pour ce faire. Les résultats démontrent

l'importance de construire un outil de dépistage et d'intervention mieux adapté à la réalité du milieu hospitalier. Il doit à la fois être court, précis et efficace, compte tenu du peu de temps dont disposent les professionnels.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Beaudoin, A., Cousineau, M.-M., Jauvin, N. Paquet, J. (2000). *L'évaluation de l'implantation du protocole systématique de dépistage de la violence conjugale dans les CLSC du Québec*. Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, Québec.

Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Violence against women* 11, 359, 1331-1336.

Davis, R.E. et Harsh, K.E. (2001). Confronting barriers to universal screening for domestic violence. *Journal of professional nursing*, 17(6), 313-320.

Gamble, G. (2000). *Domestic violence data collection systems : What barriers must be overcome to implement a domestic violence screening program in a healthcare setting?* Mémoire de maîtrise, Faculté de l'administration publique, Université de la Caroline du Nord.

Hotch, D., Grunfeld, A.F., Mackay, K. et Cowan, L. (1995), *L'intervention du personnel du service des urgences en cas de violence familiale*. Vancouver, Canada : Vancouver hospital and health sciences centre.

Hotch, D., Grunfeld, A.F., Mackay, K et Ritch, L.(1996). Policies and procedures for domestic violence patients in Canadian emergency departments : A national survey. *Journal of emergency nursing*, 22(4), 278-282.

Sharps, P.W., Koziol-McLain, J., Campbell, J.C., McFarlane J., Sachs C., Xu X. (2001). Health care providers' missed opportunities for preventing femicide. *Preventive medicine*, 33(5), .373-380.

Rinfret-Raynor, M., Turgeon, J. et Dubé, M. (2002). Un protocole de dépistage systématique de la violence conjugale. Mesure de l'efficacité. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 21(1), 85-99.

Stark, E., Flitcraft, A.H. (1996). *Women at risk : domestic violence and women's health*. Thousand Oaks, Ca: Sage.

Tjaden, P., Thoennes, N. (2000). Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the national violence against women survey. *Violence against women*, 6(2), 142-161.

Watts, C., Zimmerman, C., Campbell, J. (2002). Violence against women. *The lancet*. 360, 343.



Collection Études en bref

Nos partenaires fondateurs

Université 
de Montréal

 UNIVERSITÉ
LAVAL

 ASSOCIATION
DES CLSC
ET DES CHSLD
DU QUÉBEC
Une expertise en action

 Relais
femmes