

La reconnaissance de la violence conjugale par la
santé publique et les soins infirmiers :
quelques repères sociohistoriques



La reconnaissance de la violence conjugale par la santé publique et les soins infirmiers : quelques repères sociohistoriques

Université d'été Trajetvi
21 août 2018, Université de Montréal

Louise Hamelin-Brabant, professeure associée
Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Catherine Flynn, professeure associée
Département de psychosociologie et de travail social, UQAR

Claudia Fournier, doctorante en santé communautaire
Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Objectifs de la communication

- Décrire quelques repères sociohistoriques sur la reconnaissance de la violence conjugale (VC) par la santé publique (SP) et les soins infirmiers
- Décrire des résultats d'une recherche de Trajetvi concernant les récits des intervenants relatifs aux interventions infirmières en matière de violence conjugale
- Mettre en perspective des pistes d'intervention novatrices infirmières pour promouvoir le bien-être des femmes

Plan

- Méthodologie
- Des repères sociohistoriques
- Quelques résultats de la phase I du projet Trajetvi
- Pistes d'intervention novatrices pour les infirmières
- Discussions
- Période de questions

Violence conjugale

- La VC est définie comme un **exercice abusif de pouvoir** par lequel un partenaire en position de force cherche à **contrôler** une autre personne en utilisant des moyens de différents ordres afin de la maintenir dans un état **d'infériorité** ou de l'obliger à adopter des comportements conformes à ses propres désirs. (CRI-VIFF, 2018)
- Très grande majorité des victimes: femmes

Méthodologie

Choix d'une stratégie en deux temps

- Recension des écrits et analyse des discours sociosanitaires 1930-1970 (Hamelin Brabant, 2000)
- Phase I du projet Trajetvi: Analyse de la parole des intervenant.es pour comprendre leurs pratiques et les obstacles auxquels elles et ils font face

Phase I du projet Trajetvi

- Stratégie de collecte de données: groupes de discussion
 - 5 groupes de discussion à l'été 2015 avec 32 intervenantes des maisons d'hébergement et des centres de femmes.
 - Dans 3 régions du Québec
 - Montréal (2 groupes)
 - Québec (1 groupe)
 - Saguenay-Lac (2 groupes)
 - 4 groupes de discussion à l'hiver 2016 auprès de 22 intervenant-es en provenance des services sociaux judiciaires, des CSSS, de la direction de la protection de la jeunesse et des milieux policiers.
 - Montréal (1 groupe)
 - Québec (1 groupe)
 - Saguenay Lac-Saint-Jean (2 groupes)
 - Deux jours de rencontres du Réseau des maisons d'hébergement autochtones du Québec, tenus en octobre 2015 réunissant 46 participants

Phase I du projet Trajetvi

- Thèmes des entrevues
 - Description des pratiques (demande d'aide, services offerts, femmes rencontrées, etc.)
 - Défis associés aux pratiques
 - Enjeux relatifs à la collaboration et au partenariat
 - Enjeux régionaux
- Analyse
 - Production de comptes rendus :
 - Nécessite une première structuration et préanalyse des données brutes
 - Validés par un.e à deux participant.es par groupe
 - Analyse de contenu thématique intra et inter-groupe

Des repères sociohistoriques

Jusqu'aux années 1970: État peu présent

- Santé: affaire privée, institutions religieuses
- 1887: Conseil d'hygiène
- 1921: Service de l'assistance publique (mères nécessiteuses)
- 1922: Service provincial d'hygiène
- 1926: Création de 22 unités sanitaires
 - Rôle important auprès des mères et des enfants
 - En 1959: 73 unités
- 1970: Ministère des affaires sociales
- 1975: Département de santé communautaire
- Discours sociosanitaire: Femme doit être une « bonne mère »

1970-1990: La VC comme problème social

- Étapes du processus de construction de la violence faite aux femmes en contexte conjugal comme problème social et pénal au Québec
 - Émergence du problème (première moitié des années 1970)
 - Politisation (fin des années 1970)
 - Reconnaissance officielle (première moitié des années 1980)
 - Réaffirmation de l'inscription du problème dans l'action publique (première moitié des années 1990)

(Lavergne, 1998)

1970-1990: La VC comme problème social

- Début années 1970: Longtemps cachée et considérée comme une affaire privée, reconnue comme problème de société grâce à l'apport de groupes de femmes. Premières ressources d'hébergement.
- Début années 1980: Premiers services aux conjoints violents. Programmes de traitements dans les milieux communautaires et CLSC.
- 1985: Politique d'aide aux femmes violentées du MSSS (CLSC)
- 1986: Politique conjointe en matière de violence conjugale des ministères de la Justice et du Solliciteur général. Mise sur la judiciarisation (arrestation et accusation criminelle des conjoints violents)
- 1987: Constitution du Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale et familiale pour assurer la cohérence et la complémentarité de l'action gouvernementale

1970-1990: La VC comme problème social

- Période de communautarisation
 - 1988 Rapport Rochon et réforme du RSSS.
 - Leadership des milieux communautaires dans les services en violence conjugale.
 - Fragmentation entre le social et le sanitaire dans les réponses aux problèmes sociaux
 - Entraîne un étiolement du partage des responsabilités
 - Appel pour un partage des responsabilité par rapport à la violence conjugale, entre le social et le sanitaire
 - Crainte qu'une prise en charge de la violence par le sanitaire entraîne un éloignement avec l'analyse sociale de cette problématique
 - Compréhension commune de la problématique mais des réponses plurielles
- Vaillancourt 1996; Rondeau et al., 2016

Évolution de la santé publique

- Rôles de la santé publique: Trois révolutions
- Ce n'est qu'à partir de la troisième révolution qu'on a commencé à reconnaître la VC comme problématique de SP
 - 1ère révolution (fin 1800): contrôle des maladies contagieuses
 - 2ème révolution (1950): contrôle des maladies non transmissibles, habitudes de vie individuelles
 - 3ème révolution (années 1980): promotion de la santé et du bien-être, vision sociale.

1986: Charte d'Ottawa: Reconnaissance officielle pour le mieux-être des femmes en SP

- Cinq stratégies d'action de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé:
 - élaborer des politiques publiques saines
 - créer des milieux favorables
 - renforcer l'action communautaire
 - acquérir des aptitudes individuelles
 - réorienter les services de santé

(OMS, 1986)

Depuis les années 1990: violence et conséquences sur la santé

- 1992: MSSS rend public ses orientations concernant intervention auprès des conjoints violents (MSSS, 1992)
- 1995: Renouvellement politique d'intervention en matière de violence conjugale + Plan d'action gouvernemental 1996-2001 (Gouvernement du Québec, 1995)
- 2004: 2e plan d'action gouvernemental 2004-2009 (Gouvernement du Québec, 2004)
- 2012: 3e plan d'action gouvernemental 2012-2017 (Gouvernement du Québec, 2012)
- 2018: Rapport québécois sur la violence et la santé (INSPQ, 2018)

Représentation actuelle de la VC: des mythes encore à déconstruire

- Plus qu'un problème individuel : Problématique importante de santé publique au niveau mondial
- Taux de prévalence élevée (violence physique, psychologique, sexuelle, etc.)
- Effets sur la santé des femmes, les enfants exposés à la violence, sur l'économie, la communauté...
(OMS, 2014)

Conséquences sur la santé physique des femmes

- Blessures, traumatismes physiques et mort
- Santé physique générale plus pauvre
- Somatisation
- Invalidité
- Obésité
- Troubles gastro-intestinaux
- Fonctions physiques diminuées
- Syndromes de douleurs chroniques
- Syndrome du côlon irritable
- Problèmes gynécologiques

(INSPQ, 2018)

Conséquences psychologiques et sur la santé mentale des femmes

- État de stress post-traumatique
- Dépression
- Troubles anxieux
- Idéations et tentatives suicidaires et suicide
- Automutilation
- Abus de substances
- Troubles psychosomatiques
- Troubles du sommeil
- Sentiment de honte, culpabilité, faible estime de soi).

(INSPQ, 2018; OMS, 2014)

Conséquences de l'exposition des enfants à la VC

- Somatisation liée à l'anxiété
- Problèmes de comportement
- Symptômes de stress post-traumatique
- Rendements cognitifs et scolaires plus faibles
- Troubles socio-affectifs pouvant perdurer à l'âge adulte
- Difficultés d'empathie
- Tristesse, anxiété, angoisse et dépression
- Déficit des compétences sociales et des habiletés de communication
- Manque d'affirmation de soi
- Reproduction des modèles relationnels de leurs parents
- Hyperactivité et problèmes d'attention
- Comportements antisociaux et délinquants à l'adolescence
- Plus à risque de vivre d'autres formes de mauvais traitements, dont l'abus physique et l'agression sexuelle

Stratégies de prévention primaire

1. Développer les habiletés sociales des enfants et des adolescents
2. Promouvoir des relations amoureuses saines et exemptes de violence à l'adolescence
3. Favoriser des relations sécuritaires, stables et saines entre les enfants et leurs parents
4. Agir sur les normes sociales
5. Réduire l'accessibilité et la consommation abusive d'alcool

(INSPQ, 2018)



Quelques résultats de la phase I du projet Trajetvi

Défis associés aux pratiques infirmières

- Personnel infirmier : Rôle cardinal (liens de proximité)
- Thèmes qui ont émergé des entretiens sur les pistes d'intervention infirmières souhaitées par les interviewés
 - Le dépistage
 - Les préjugés
 - La confidentialité
 - La circulation de l'information

Défis : le dépistage de la VC

Dépister des violences conjugales au moindre soupçon

- Services hospitaliers et les CLSC: Porte d'entrée
- Consultations pour des symptômes physiques ou psychologiques et finalement la violence était sous-jacente.

Défis : le dépistage de la VC

Souvent elles viennent parce qu'elles ont été référées par leur médecin qui panique et qui ne sait pas quoi faire avec ça » (Institutionnel)

« Clarifier des liens entre la santé mentale et la violence qui est sous-jacente puisque les intervenants nous disent que souvent l'orientation sera en faveur d'un suivi en santé mentale, avec diagnostic et médication, alors qu'il y a de la violence. » (Institutionnel)

Défis : les préjugés

Déconstruire les préjugés (faire comprendre problématique au personnel soignant)

« Il y a encore des problèmes, des préjugés. Par exemple, une dame était suivie en CLSC pour des séquelles de violence conjugale et son médecin lui a dit : "pourquoi vous n'êtes pas partie quand il vous faisait ça, c'est un suivi en psychologie qu'il vous faut". Mais, plusieurs médecins deviennent plus sensibilisés. » (Institutionnel)

Défis : la confidentialité

Faciliter le respect de la confidentialité

« Par exemple, lorsque les policiers en uniforme accompagnent une victime ou un agresseur dans un lieu de soin, en lien avec une situation d'urgence psychosociale ou des blessures, c'est très stigmatisant. Ainsi, surtout dans des petits milieux, la confidentialité peut être compromise. » (Institutionnel)

Défis: la circulation de l'information

Favoriser la circulation de l'information

- Informations concernant le couple soient accessibles et connues par les différents intervenant.es afin d'assurer la sécurité des victimes.

« De façon générale, le partenariat s'est grandement amélioré au cours des dernières années. Par contre, nous pourrions améliorer la transmission des informations pour être en mesure d'avoir une vision plus complète de chaque situation. » (Institutionnel)

- Ex: Cas d'hospitalisation d'une femme suite à la VC



Pistes d'intervention novatrices pour les infirmières

Piste I

Créer des environnements favorables pour promouvoir la capacité des professionnels de la santé à intervenir en prévention, dépistage, traitement et soutien auprès des femmes victimes de violence et leurs enfants

- Ex: Unité de médecine des violences (UMV) dans les hôpitaux en Suisse
 - Trois missions :
 - Assurer aux victimes de violences une consultation médico-légale gratuite (infirmière responsable de cette activité)
 - Assurer aux professionnels une offre de conseils et de formation
 - Développer des projets de recherche sur la thématique des violences interpersonnelles. (Romain-Glassey, 2017)

Piste 2

Développer l'expertise infirmière (Perreault, 2018)

- Offrir des journées de formation et des stages aux étudiantes dans les maisons d'hébergement pour développer leurs habiletés de savoir-faire et savoir-être avec ses femmes
- Mettre en place des protocoles de dépistage et des guides d'intervention à l'échelle nationale voir internationale
- Mettre à la disposition des infirmières des fiches techniques simples; rappel des questions pour dépister des signes et des comportements faisant craindre l'existence de la violence et orienter la femme au mieux de ses intérêts
- Le dévoilement de la VC peut être un long processus (relation de confiance entre la femme et l'infirmière)

Piste 3

Favoriser la collaboration interdisciplinaire :

- Organiser à l'échelon local des rencontres avec les infirmières, médecins et les autres intervenants: travailleurs sociaux, psychologues, membres des maisons d'hébergement, centres des femmes, policiers, magistrats, etc. afin que la dénonciation et les soins offerts soient facilitants pour les femmes et leurs enfants.
- Les professionnels hésitent à aborder le sujet par crainte de blesser, de ne pas être suffisamment formés. Important de ne pas être seul devant ce problème. (Perreault, 2018)



Discussion

Discussion

- La violence conjugale est un problème social et de santé publique grave et complexe (OMS, 2014)
- La diversité des profils des femmes (jeunes, immigrantes, aînés, autochtones, etc.) nécessite des dispositifs d'interventions pluriels (INSPQ, 2018)
- Au Québec, les défis et les enjeux que peuvent vivre les infirmières et les intervenants en ce qui concerne le dépistage et les interventions sont peu connus (Recherche Trajetvi)

Discussion

- Synergie de forces pour bien comprendre la violence conjugale pour mieux intervenir
- Volonté politique:
 - Nouveau comité d'examen en matière de violence conjugale (Gouvernement du Québec, 2017)
 - Rapport québécois sur la violence et la santé (INSPQ, 2018)
 - Programme d'Action ontarienne contre la violence faite aux femmes
 - Institut de formation contre la violence faite aux femmes
 - OIIQ

Phase II du projet Trajetvi: laisser la parole aux femmes victimes de VC

- À l'été 2018, des entrevues individuelles auront lieu auprès de femmes victimes de violence conjugale afin de saisir les particularités de leur trajectoire de demande d'aide et de recours aux services

Liste des références

- Gouvernement du Québec (1995). Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale : Politique d'intervention en matière de violence conjugale.
- Gouvernement du Québec (2004). Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale.
- Gouvernement du Québec (2012). Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale : Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale.
- Gouvernement du Québec (2017). Québec met en place un nouveau comité d'examen en matière de violence conjugale. Repéré à www.fil-information.gouv.qc.ca/Pages/Article.aspx?idArticle=2511284008
- Hamelin-Brabant, L. (2000). *L'enfance et la transformation des modèles professionnels médicaux*. Thèse de doctorat, Université Laval, Québec, Canada.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*.

Liste des références

- Lavergne, C. (1998). Analyse du processus de construction de la violence faite aux femmes en contexte conjugal comme problème socio-pénal au Québec. *Canadian Journal of Women and the Law*, 10, 377-400.
- Lessard, G. (2018). Enfants exposés à la violence conjugale. Dans Institut national de santé publique du Québec, *Rapport québécois sur la violence et la santé* (p. 136-139).
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (1992). Intervention auprès des conjoints violents, orientations.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2014). *Rapport mondial sur la violence et la santé*.
- Perreault, D. (2018). Violence conjugale. La comprendre pour mieux intervenir. *Perspective infirmière*, mars-avril, 23-30.
- Romain-Glassey, N. (2009). L'unité de médecine des violences: une consultation médico-légale assurée par les infirmières. *Médecine et droit*, 95, 58-61.
- Rondeau, G., Cantin, S., Pépin, I. (1996) Impact des changements sociaux actuels sur la violence faite aux femmes et aux enfants. *Collection réflexion du CRIVIFF*. 5.

Période de questions
Merci de votre présence!