

Influence du contexte de travail des professionnels et professionnelles de la santé en regard de leurs attitudes vis-à-vis des femmes violentées en milieu conjugal

Yann LeBossé, Francine Lavoie et Geneviève Martin

Volume 4, numéro 1, 1991

Femmes, savoir, santé

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/057633ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/057633ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Recherches féministes

ISSN

0838-4479 (imprimé)

1705-9240 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

LeBossé, Y., Lavoie, F. & Martin, G. (1991). Influence du contexte de travail des professionnels et professionnelles de la santé en regard de leurs attitudes vis-à-vis des femmes violentées en milieu conjugal. *Recherches féministes*, 4(1), 119–136. <https://doi.org/10.7202/057633ar>

Résumé de l'article

Malgré leur place prépondérante dans le réseau d'identification des femmes violentées, les médecins et les infirmières rapportent peu de cas de violence conjugale dans leur clientèle. Quinze médecins et cinq infirmières ont été interrogés dans le cadre d'une recherche portant sur les attitudes des professionnel-le-s de la santé envers la femme violentée. Il ressort de cette recherche que le contexte de travail contribue à la sous-identification des femmes violentées. Les auteur-e-s en concluent que cette situation, ajoutée à la présence d'attitudes défavorables du personnel médical à l'égard des femmes violentées, nécessite une mise en question de la pratique dans les services de santé.

Influence du contexte de travail des professionnels et professionnelles de la santé en regard de leurs attitudes vis-à-vis des femmes violentées en milieu conjugal*

Yann Le Bossé, Francine Lavoie et Geneviève Martin

De par leur position dans le réseau des services à la population, les médecins, infirmières et infirmiers occupent une place déterminante dans le dépistage, l'accueil et l'aide auprès des femmes violentées. Ces personnes constituent souvent la porte d'entrée du réseau de ressources pour ce type de clientèle. Par ailleurs, la comparaison entre la prévalence des cas de violence conjugale estimée dans la population (MacLeod 1980; Ministère de la Justice du Québec et du Solliciteur général 1986; Smith 1987) et celle rapportée par les professionnel-le-s de la santé suggère une tendance à la sous-identification de leur part (Lent 1986). Ainsi, il est généralement admis (Binney *et al.* 1981; Pagelow 1981; Trute *et al.* 1988) qu'au moins le tiers des femmes violentées rencontrent leur médecin au cours de la période de violence. Pourtant, les médecins, infirmières et infirmiers sont, parmi les professionnel-le-s du réseau des affaires sociales, ceux et celles qui rapportent le moins de cas de violence conjugale. Plusieurs auteur-e-s (Kurz et Stark 1988; Stark *et al.* 1981; Trute *et al.* 1988) se sont récemment penchés sur ce problème de l'identification des femmes violentées dans les services de santé. Ainsi Stark *et al.* (1981) ont révélé que les femmes violentées sont très rarement identifiées comme telles par le personnel médical, alors qu'elles se présentent plus fréquemment que la moyenne des femmes dans les centres médicaux. Plus généralement, ces travaux montrent que l'attitude des médecins et des infirmières et infirmiers vis-à-vis des femmes violentées joue un rôle important dans le dépistage de ces dernières.

Après avoir identifié dans la documentation la présence d'attitudes non aidantes chez les professionnel-le-s de la santé, la présente recherche s'attachera à examiner ces attitudes en relation avec le contexte de travail dans lequel évoluent médecins, infirmières et infirmiers. Le terme «attitude» réfère ici à la définition tripartite (comportementale, affective et cognitive) du concept proposé par Henerson *et al.* (1978). Selon ce modèle, une même attitude peut être exprimée sous forme d'affects, d'opinions, ou de comportements selon le contexte dans lequel elle se manifeste.

Jusqu'à ce jour, les travaux traitant de violence conjugale en sciences médicales (Chez 1988; Haber 1985; Petro *et al.* 1978) ou en sciences infirmières (Crosson 1985; Delgaty 1985; Iyer 1980; Pépin et Rouleau 1985) se sont prioritairement concentrés sur les difficultés diagnostiques associées à la sous-identification des femmes violentées. Ils se résument pour la plupart en une liste de conseils pratiques susceptibles de faciliter une tâche de médecin, d'infirmière ou d'infirmier. Quelques-uns abordent de façon marginale le problème des attitudes des professionnel-le-s de la santé vis-à-vis de la femme violentée. Ainsi, l'*Ontario Medical Association* (1986), dans une monographie spécialement consacrée à la violence conjugale, indique, chiffres à l'appui, le caractère erroné de certains mythes

(rôle de l'alcool dans l'émergence de la violence, motivations de la femme violentée qui refuse de quitter son conjoint, etc.) concernant la violence conjugale. Les auteur-e-s identifient également la tendance des médecins à refuser de s'impliquer dans ce type de problème.

La documentation issue des recherches en sciences infirmières consacre une plus large part aux attitudes des professionnel-le-s de la santé vis-à-vis des femmes violentées. Certains écrits (Iyer 1980; Lichtenstein 1981; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec 1985) vont jusqu'à décrire les attitudes qu'il convient d'éviter d'adopter auprès d'elles, par exemple, le fait de faire pression sur elles afin qu'elles quittent la situation de violence, ou encore la tendance à les culpabiliser parce qu'elles «acceptent ça». Bien qu'ils revêtent un intérêt pédagogique certain, ces écrits ne posent qu'indirectement le problème des attitudes des professionnel-le-s de la santé vis-à-vis des femmes violentées car ils ne traitent pas de la présence réelle de certaines de ces attitudes chez les infirmières et infirmiers.

Au cours des dernières années, quelques recherches auprès d'infirmières (Rose 1984; Rose et Saunders 1986) ou des médecins (Rose 1984; Rose et Saunders 1986; Stark *et al.* 1981) ont permis de décrire certaines attitudes défavorables des professionnel-le-s de la santé vis-à-vis des femmes violentées. Rose (1984) rapporte que les médecins et, dans une moindre mesure, les infirmières et infirmiers ont tendance à minimiser la violence conjugale. Dobash *et al.* (1985), analysant 109 entrevues réalisées auprès de femmes violentées rapportent que l'attitude des professionnel-le-s en général et des médecins en particulier, constitue l'un des trois premiers facteurs qui influencent la recherche d'aide de la part de ces femmes. Ces deux groupes de professionnels sont généralement peu sensibles aux problèmes des femmes violentées. Davis et Carlson (1981) rapportent que les médecins, les infirmières et infirmiers ont tendance à incriminer la personnalité de l'homme violent et de la femme violentée pour expliquer la violence conjugale et attribuer ainsi une partie de la responsabilité à la femme violentée. Un certain nombre d'entre eux et elles considèrent même que le traitement de la violence conjugale ne constitue pas à proprement parler de la «vraie médecine» (Borkowski *et al.* 1983). Par ailleurs, lorsque les femmes violentées sont interrogées, elles rapportent une attitude distante de la part des médecins, certain-e-s manifestant une tendance à culpabiliser leur cliente, d'autres se montrant pressé-e-s de mettre fin à l'entrevue (Egger et Crancher 1982; Hopayian *et al.* 1986). Deux recherches récentes (Bilodeau *et al.* 1986; Chevarie 1990) rapportent des résultats comparables au Québec.

Selon Kurz et Stark (1988), la présence de ces attitudes constitue une illustration de la dimension sociétale de la violence conjugale. Dans cette perspective féministe, la violence conjugale est appréhendée comme le produit d'une culture patriarcale qui légitimise le recours à la violence et tend à maintenir la femme dans son rôle d'épouse et de mère au détriment de son identité. Il a d'ailleurs été montré à plusieurs reprises (Coleman *et al.* 1980; Lavoie, Jacob et Martin 1988; Saunders *et al.* 1987; Straus 1977-1978) qu'une attitude non traditionnelle vis-à-vis des rôles sexuels était corrélée avec une attitude favorable vis-à-vis des femmes violentées.

Au cours d'une récente enquête qualitative réalisée auprès de vingt personnes intervenant en milieu médical dans la région de Québec, Le Bossé, Lavoie et Martin (en préparation) ont tenté de circonscrire avec plus de précision la nature et les déterminants

des attitudes défavorables des professionnel-le-s de la santé vis-à-vis des femmes violentées. Les auteur-e-s ont identifié, auprès d'infirmières, d'infirmiers et de médecins, les attitudes défavorables suivantes :

- Les répondant-e-s rapportent peu de cas de femmes violentées dans leur pratique, mais soupçonnent une prévalence plus importante.
- Les femmes violentées sont perçues comme possédant certaines caractéristiques négatives (faible estime de soi, personnalité «passive dépendante») qui les rendent plus vulnérables à la violence de leur conjoint.
- On attribue aux femmes violentées la responsabilité de «se prendre en main» afin de réagir à la violence conjugale.
- Le fait que la femme violentée refuse de quitter son conjoint constitue une source de frustration et de découragement pour les répondant-e-s.

Ces résultats confirment ceux mentionnés dans la documentation (Johnson 1985; Kurz et Stark 1988; Rose 1984; Rose et Saunders 1986; Trute *et al.* 1988). Dans leur discussion, Le Bossé *et al.* (en préparation) signalent que la nature de la relation thérapeute/patient-e telle que conçue dans le modèle médical pourrait expliquer en partie les attitudes des répondant-e-s à l'égard de la femme violentée. Dans ce modèle, la patiente n'est pas considérée comme responsable de son problème ni des solutions (Karuza *et al.* 1982); elle contribue à son traitement en «collaborant» avec le système de santé, c'est-à-dire en répondant aux questions et en suivant les prescriptions. En cachant le problème de violence ou en ne suivant pas les «recommandations» prodiguées, la femme violentée provoque en quelque sorte une situation d'impuissance à éliminer «l'agent agresseur». La personne thérapeute se trouve ainsi face à une patiente qui persiste à demander de l'aide en se présentant au cabinet ou à l'hôpital, mais qui, paradoxalement, écarte l'aide qu'on lui offre. Il y a là une situation de dissonance cognitive que bon nombre de répondant-e-s résolvent en attribuant à la femme violentée des caractéristiques négatives qui «expliquent» son comportement.

Ceci indique que la façon dont l'intervenant-e conçoit son rôle professionnel vis-à-vis la femme violentée est également susceptible d'influencer son attitude face à sa cliente. Si elle se vérifie, la présence d'une telle influence associée aux attitudes identifiées par Lavoie *et al.* (1988) chez les policières, policiers et les intervenant-e-s des services sociaux au niveau du support des collègues et de la connaissance des ressources, pourrait permettre de mieux circonscrire le poids relatif de ces facteurs contextuels dans l'émergence d'une attitude défavorable des professionnel-le-s de la santé vis-à-vis des femmes violentées.

Les auteur-e-s de cette présente étude se proposent donc d'examiner la relation entre les attitudes identifiées dans la recherche de Le Bossé *et al.* (en préparation) et les données issues de la même recherche portant sur le contexte de travail, c'est-à-dire sur les caractéristiques organisationnelles, les rôles que s'attribuent les médecins, les infirmières et infirmiers ainsi que le support disponible à ces professionnel-le-s dans leur milieu de travail.

L'étude commune du contexte de travail des médecins, infirmières et infirmiers est rendue possible par le fait que notre recherche ne porte pas sur le partage effectif des rôles

entre ces deux catégories de professionnel-le-s mais sur leur contexte de travail qui, d'après nos données, ne montre pas de différences marquantes.

Méthode

Répondants et répondantes

Vingt personnes ont été recrutées selon la méthode «boule de neige» (Lincoln et Guba 1985). Trois milieux de pratique ont été investigués : un service d'urgence, une unité de clinique externe et différents bureaux de pratique privée. Quinze médecins (9 hommes et 6 femmes) et cinq infirmières ont été rencontrés. Le faible nombre d'infirmières vient du fait que dans deux des trois milieux (unité de clinique externe, pratique privée), elles étaient en petit nombre ou quasi absentes. Par ailleurs, le faible pourcentage d'hommes dans la profession infirmière ne nous a pas permis d'en rencontrer à l'occasion de notre étude. Les répondant-e-s ont entre 28 et 46 ans et possèdent entre 5 et 20 années d'expérience.

Procédure

Collecte des données. Nous avons choisi de réaliser des entrevues semi-structurées avec utilisation d'un guide. Cette approche est préconisée par Patton (1980) car elle a l'avantage de spécifier les thèmes à couvrir à l'avance, tout en permettant à l'intervieweur de décider de l'ordre des questions en fonction du déroulement de l'entrevue. Ceci limite toutefois la possibilité de comparaison entre les répondant-e-s. En conséquence, nos données ne seront pas présentées d'une manière comparative, mais de façon à faire ressortir les contradictions et les diverses facettes de notre objet d'étude (Martin, Lavoie et Jacob 1988). À titre de formation préalable, quatre enquêteurs et enquêteuses chargés de la réalisation des entrevues ont participé à une séance de mise en situation qui fut enregistrée sur bande vidéo et visionnée par deux personnes responsables de la supervision.

Bien que nous ayons procédé aux entrevues à l'intérieur de trois lieux de pratique distincts, seules les infirmières (quatre au service d'urgence et une à l'unité de médecine externe) n'ont qu'un seul lieu de pratique. Les médecins ont de deux à quatre lieux de pratique différents (cabinet privé, urgence, service hospitalier, CLSC). Toutefois, les entrevues ont porté sur l'expérience des répondant-e-s dans le contexte du lieu de pratique où se déroulait l'entrevue.

Variables à l'étude. Le terme «caractéristiques organisationnelles» se rapporte ici aux aspects organisationnels associés aux tâches dévolues aux répondant-e-s. Sont inclus dans le sous-thème «caractéristiques organisationnelles» les éléments de l'entrevue se rapportant aux moyens concrets par lesquels les tâches des répondant-e-s sont assumées (ex.: procédures pour recueillir des références pertinentes).

Le terme «rôle» se rapporte ici à l'ensemble des responsabilités définies par des répondant-e-s pour l'application de leur fonction et de leurs tâches. Nous incluons dans le sous-thème «rôle» les éléments de l'entrevue se rapportant à la description faite par les répondant-e-s de leurs responsabilités.

Le terme «support» se réfère ici au support émotionnel, professionnel, informationnel et instrumental (House 1981) tel que perçu par les répondant-e-s. Nous incluons dans le sous-thème «support» les éléments de l'entrevue se rapportant à la présence ou à l'absence de comportements d'écoute, d'échanges, d'aide et d'encouragement provenant des collègues ou du milieu de travail.

Mode d'analyse des données

L'analyse des données a été élaborée en deux étapes : la phase préanalytique qui a donné lieu entre autres à la transcription des données enregistrées, et la phase analytique de réduction et d'organisation des données.

Phase préanalytique. Cette phase consiste à préparer le matériel d'analyse. Les entrevues d'une durée moyenne d'une heure et quinze minutes ont été enregistrées sur bande magnétique et intégralement retranscrites sur micro-ordinateur par deux auxiliaires, indépendantes de l'équipe de recherche. Chaque entrevue a été ensuite codifiée par les personnes menant l'enquête, selon son contenu manifeste, à partir d'une grille dont l'unité d'enregistrement était le thème et le sous-thème. Les enquêteurs et enquêteuses se sont rencontrés tout au long de l'étape de codification dans le but de renforcer l'homogénéité des cotations. Le contenu des différents sous-thèmes et thèmes a ensuite été regroupé pour fin d'analyse proprement dite.

Phase analytique. Cette phase consiste à repérer dans le discours des répondant-e-s, les éléments les plus significatifs par rapport à chacun des sous-thèmes, à les synthétiser, à les illustrer par des citations et à les commenter. Une fois les données condensées, chaque entrevue est accompagnée d'une série de «capsules d'informations» (Fortin 1988) correspondant au contenu réduit et commenté du mot pour mot et ce, pour chaque sous-catégorie. Il s'agit en fait d'une analyse intrasujet/intrathématique à partir de laquelle est élaborée une analyse transsujet/intrathématique afin de dégager un patron thématique. En dernier lieu, l'analyse transsujet/transthématique permet d'établir des liens entre les différents patrons thématiques.

Résultats

Dans un premier temps, nous présenterons les données concernant les trois éléments du contexte de travail : caractéristiques organisationnelles, rôle et support. Nous élaborerons ensuite une analyse des relations possibles entre le contexte de travail et les attitudes défavorables citées plus haut.

Contexte de travail

Caractéristiques organisationnelles

Caractéristiques organisationnelles de la tâche dans trois milieux de pratique.

L'organisation du travail à l'unité de clinique externe (UCE) se caractérise par le travail d'équipe et par le fonctionnement autonome de l'unité à tous les niveaux d'intervention. Aucun des professionnel-le-s n'est isolé; l'existence des réunions hebdomadaires de l'unité ainsi que la diversité des tâches (soins, enseignement, recherche) favorisent les échanges et la collaboration.

L'organisation du travail à l'urgence (Urg) se caractérise par la spécialisation des fonctions. Ici, c'est la nature et la gravité du problème présenté par le client ou la cliente qui décident de son orientation. Le travail se fait plus ou moins en équipe selon les secteurs. Dans ce service, les divers intervenant-e-s sont amenés à collaborer à plusieurs occasions, mais selon une procédure établie d'avance et précisément délimitée. Outre ces canaux de collaboration, l'organisation semble laisser peu de place à la collaboration informelle.

Le travail en pratique privée (PP) se caractérise par une organisation «en cellule», à savoir que les médecins se regroupent dans un même lieu de pratique (cliniques) mais travaillent de façon totalement indépendante. La pratique est très individuelle et il n'y a pas ou peu d'occasion de travailler avec d'autres intervenant-e-s. Quand elle existe, la collaboration est plutôt informelle et fortuite. Certaines cliniques possèdent des mécanismes de rencontre plus élaborés. Ainsi l'une d'entre elles assure la formation continue des médecins par l'intermédiaire de ces rencontres.

Contraintes liées aux caractéristiques organisationnelles de la tâche telles que formulées par les répondant-e-s en relation avec leurs interventions en violence conjugale.

Le problème le plus fréquemment mentionné au point de vue de l'organisation du travail vis-à-vis la violence conjugale est la disponibilité que suppose la prise en charge des femmes violentées. Mis à part quelques professionnel-le-s de l'UCE, tous et toutes expliquent leurs difficultés lorsqu'il faut «prendre du temps» avec les femmes violentées.

À l'urgence, prendre le temps d'investiguer la possibilité de violence conjugale n'est possible que lors des rares moments de répit. De plus, il faut que la femme accepte de parler dans un cadre peu propice à la discrétion.

Si quelqu'un vient et que ce n'est pas évident (qu'il y a violence), les chances sont très grandes que ce soit manqué à cause du contexte, si elle arrive une journée où il y a trois heures d'attente... ça risque de passer inaperçu. (Méd.)

Le lieu physique (Urg), je pense que quand il y a quelque chose comme ça, je pense qu'on devrait mettre la personne dans une place où elle va se sentir à l'aise, entourée de monde qui vont l'aider, pas dans une ... où il y a d'autres personnes qui pourraient entendre toutes les histoires... le lieu physique n'est pas très agréable pour ce genre de chose. (Inf.)

En pratique privée, l'horaire serré (12-15 minutes par consultation) ne laisse pas non plus beaucoup de latitude pour investiguer la violence conjugale. De plus, quand on est payé à l'acte, les consultations trop longues représentent un manque à gagner certain.

C'est le temps qu'on n'a pas, il faut pas faire exprès pour se donner du trouble quand on sait de toute manière qu'on n'aura pas le temps d'écouter les réponses, on ne pose pas la question. (Méd.)

Ça prend du temps de régler ça, et il y a des médecins qui ne trouvent pas ça payant de commencer à s'attarder aux problèmes psychologiques, psychosociaux et affectifs, c'est pas avec ça que tu deviens millionnaire. (Méd.)

À l'UCE, le problème de la disponibilité des professionnel-le-s et plus particulièrement des médecins est moins aigu car beaucoup sont salarié-e-s.

Ici (UCE), on a un milieu extraordinaire pour ça, moi j'ai l'air d'un bon gars, super, ça me ferait plaisir d'aller en cour et tout ça, si je donne du temps quand il y a des problèmes de ce genre-là, c'est parce que je suis payé à salaire, il n'y a pas de problèmes pour les honoraires. Mais ce n'est pas payant de s'occuper de ça quand t'es payé à l'acte, tu vas arriver en dessous quand tu as un bureau privé, tu comprends la différence?... moi je suis payé comme un travailleur social. (Méd.)

Moi, je pense que... en tout cas, l'item temps ne me vient pas comme contrainte. (Inf.)

Le problème de l'accessibilité aux ressources est également fréquemment mentionné. Il faudrait avoir les informations sous la main pour ne pas perdre de temps à les chercher et pour connaître les meilleures références. Devant le manque apparent de solutions à offrir à la femme violentée, plusieurs intervenant-e-s se démobilisent.

Ce qu'on apprend en médecine c'est que cela ne sert à rien de dépister le cancer du poumon, vous savez, parce qu'il n'y a rien à faire... Ce type de raisonnement... est utilisé en inférence par les médecins qui ne sont pas portés à dépister des problèmes pour lesquels les ressources ne sont pas évidentes. (Méd.)

J'aimerais savoir plus qu'est-ce qu'ils font (les organismes ressources), lorsque tu offres un service à une femme : à telle place, il vont faire ça... des noms et des numéros de téléphones, je pense, mais je n'ai pas vérifié, mais je pense que c'est tout ce qu'on a. (Inf.)

Les autres contraintes, c'est le peu de contact entre le réseau et le milieu... la malconnaissance que j'ai de tous les détails des articulations du réseau et des portes où on peut aller frapper. (Méd.)

Rôle

Rôle face à la violence conjugale tel que formulé par les répondant-e-s. Les répondant-e-s des trois milieux s'attribuent des responsabilités d'ordre médical et médico-légal, ces dernières étant spécifiquement du ressort des médecins. Au plan médical, outre le fait d'apporter des soins, les principales responsabilités citées sont : l'identification de la femme violentée, la prise de position face à la violence, le fait de faire prendre conscience

de la relation entre les problèmes de santé de la cliente et la situation de violence, le fait de se montrer disponible et l'orientation vers les ressources adéquates. Au plan médico-légal, les répondant-e-s mentionnent : le constat des lésions, la rédaction du rapport médical et le témoignage en cour.

Ces responsabilités ne sont pas toujours assumées de gaieté de coeur.

Moi je pense que le médecin malgré lui est incorporé à tous ces problèmes-là, que ce soit les problèmes conjugaux dont on ne veut pas se mêler, que ce soit les problèmes légaux dont on ne veut pas se mêler... Quand les gens viennent... il faut bien s'en occuper... il faut au moins que je mette les ressources qui peuvent l'aider disponibles à la personne. (Méd.)

Le volet médico-légal de leur responsabilité apparaît particulièrement lourd, que ce soit pour rédiger le rapport médical :

Souvent on est réticent à écrire beaucoup (dans le dossier) à cause de ces avocats-là qui sont des ratoureux et qui peuvent faire dire n'importe quoi à ce que tu as écrit. (Méd.)

ou pour aller témoigner en cour :

Aller en cour, c'est toujours d'une platitude épouvantable... c'est que cette journée-là, il faut annuler tout le bureau... pour témoigner quelques minutes... L'avocat peut essayer de questionner le médecin... jusqu'à fouiller un petit peu dans la vie professionnelle ou la vie privée. (Méd.)

Je n'aimerais pas ça (aller en cour) en partant, je n'aimerais pas ça mais je pense que j'irais. (Inf.)

Support

Support perçu par les répondant-e-s. Les répondant-e-s n'ont pas le sentiment de recevoir beaucoup de support. Quand il existe, il s'agit essentiellement d'un support d'information. Comme plusieurs l'ont rapporté, la pratique médicale est essentiellement individuelle alors que la pratique infirmière se fait en lien avec le médecin. En pratique privée, le travail en équipe est quasiment inexistant, mais certaines cliniques organisent des réunions de formation interne. À l'urgence, le travail en équipe est dicté par la nécessité de coordonner les différentes activités de ce milieu de travail. Cette collaboration est essentiellement opératoire et ne s'étend pas ou peu à l'échange d'informations ou d'expériences, alors que l'unité de clinique externe est organisée pour favoriser l'échange et le travail d'équipe. Des réunions d'équipe ont lieu chaque semaine. Le fonctionnement de l'unité est fondé sur une certaine interdépendance des professionnel-le-s.

Support perçu et violence conjugale. Compte tenu du peu d'intérêt pour la question dans le milieu médical, les professionnel-le-s sont peu susceptibles d'être soutenu-e-s dans leur implication vis-à-vis la violence conjugale. Même si certaines formes de support existent potentiellement, le milieu médical ne paraît pas des plus stimulants pour le médecin,

l'infirmière ou l'infirmier qui choisirait de dépasser les contraintes contextuelles pour venir en aide aux femmes violentées.

Ce n'est pas un problème qui les (collègues) préoccupent et je veux dire que le monde... ne le considère pas comme un problème majeur... en tout cas, moi je ne le considère pas et je penserais que le monde ne le considère pas comme un problème majeur. (Méd.)

Il n'y a pas un intérêt excitant pour la question. (Inf.)

On ne s'attend pas à recevoir un appui important de la part des collègues, pour ces diverses raisons : parce que ce n'est pas un champ d'expertise véritablement médicale :

Pas du tout (soutien de la part des collègues vis-à-vis de la violence conjugale), j'en suis pas forcément un moi-même. C'est qu'on n'en parle pas, mais c'est votre domaine à vous autres (les psychologues) ça, pas le nôtre. (Méd.)

On discute quand quelqu'un arrive et on dit toujours «mon mari ne me ferait jamais ça», mais s'asseoir pour discuter qu'est-ce qu'on va faire, comment on va faire pour l'aider, non c'est jamais arrivé. (Inf.)

parce que c'est un sujet qui n'est pas très populaire :

Je vais en parler (d'une rencontre avec une femme violentée) mais eux autres, ils disent tout le temps de ne pas m'embarquer là-dedans et moi je suis convaincu qu'il y a beaucoup de médecins qui disent ça. (Méd.)

Le fait qu'il y en ait qui ne soient pas sensibilisés, il y en a quand même qui ont des préjugés face à ça. (Inf.)

parce que c'est un sujet qui crée un malaise ou une réaction négative :

Parce que les gens sont mal à l'aise avec ça,... c'est un sujet presque... pas tabou mais... puis les gens n'ont pas de solution à donner tu sais. (Méd.)

Disons qu'il n'y a pas eu beaucoup de cas où j'ai senti le besoin d'en discuter, mais j'ai senti une fuite à un moment donné comme une hâte de rire un peu, pas de rire de ce problème mais de glisser dessus, en tout cas, c'est pour ça que je ne veux pas tellement en parler... (Méd.)

Quelques répondant-e-s estiment que la présence ou l'absence de support n'est pas susceptible d'influencer leur implication vis-à-vis de la violence conjugale.

L'intérêt (vis-à-vis de la violence conjugale) ça dépend beaucoup de comment tu pratiques. (Méd.)

Le soutien auquel aspirent la plupart des répondant-e-s proviendrait de sources d'information extérieures ou de programmes de formation; on recherche principalement de l'information sur les références mais aussi une source d'échanges ou des solutions.

J'aimerais mieux que mes collègues spécialistes ou même omnipraticiens développent des cliniques, des genres de... s'il y avait des gens qui s'intéressaient à cela de façon plus spécifique, ce serait plus facile (de référer). (Méd.)

Il y a des filles qui ne sont pas à l'aise pour demander de pousser plus le questionnaire mais si on avait une information qui était adéquate pour ça, je pense que ce serait bien. (Inf.)

En échangeant, on aurait plus de ressources... quand tu travailles dans une clinique à trois, qu'importe sur lequel des problèmes, tu es plus en mesure d'y trouver des solutions. (Méd.)

Contexte de travail et attitudes défavorables aux femmes violentées

Organisation du travail en regard des attitudes vis-à-vis la violence conjugale

Les contraintes organisationnelles mentionnées plus haut indiquent que l'absence de collaboration et de concertation entre professionnel-le-s et le manque de disponibilité dans deux milieux de pratique sur trois ne peuvent que contribuer à augmenter les risques de sous-identification. De plus, en n'identifiant qu'un petit nombre de femmes violentées, les professionnel-le-s de la santé restent mal informés de leur vécu, ce qui ne les conduit pas non plus à revoir leur attitude vis-à-vis des femmes violentées. D'une certaine manière, l'isolement dans la pratique médicale contribue ainsi à l'isolement de la femme violentée dans les services médicaux. Par ailleurs, ce que l'on sait des contraintes organisationnelles mentionnées par les répondant-e-s amène à penser que peu de professionnel-le-s de la santé pourront, à moins d'en faire le choix coûteux, prendre en charge les problèmes de la femme violentée. Cette situation offre un éclaircissement contextuel sur l'insistance des répondant-e-s vis-à-vis de la nécessité pour la femme violentée de se prendre en charge. Enfin, ceux et celles qui, malgré ces contraintes, font le choix d'investir temps et efforts auprès de la patiente acceptent mal les hésitations et autres ambivalences de la femme violentée. Ils et elles sont plus rapidement portés à opter pour une explication alternative (bénéfices secondaires, personnalité pathologique, face à claques) qui permet de rationaliser le fait de désinvestir auprès de la cliente.

Il y a des conflits qui éclatent et ça fait trois, quatre fois qu'elle part de chez elle... tu investis beaucoup d'énergie pour essayer de l'aider et la première nouvelle que tu as, c'est qu'elle est retournée avec... je vais te dire que la troisième fois, tu commences à dire «bon, bien écoute là, j'ai moins de temps à te consacrer», tu ne lui dis pas ça comme ça, mais c'est ce que ton attitude dit. (Méd.)

Rôles et attitudes défavorables vis-à-vis la violence conjugale

Si l'on excepte les médecins de l'urgence qui estiment ne pas être réellement en mesure d'identifier la femme violentée qui cache sa situation, les autres répondant-e-s considèrent qu'il s'agit là d'une partie de leurs responsabilités. Cependant, ils et elles «n'y pensent pas» toujours :

Il faut vraiment que les médecins y pensent, parce que tu trouves ce que tu cherches... si le médecin ne le cherche pas... s'il ne le demande jamais... il ne le trouvera pas. (Méd.)

Moi je pense que non (on ne dépiste pas suffisamment), c'est peut-être parce que ça fait quand même pas longtemps que c'est ouvert et qu'on en parle, ça fait que... c'est nouveau et il y en a qui ne veulent pas se mêler de ça. (Inf.)

Cette responsabilité n'est donc assumée qu'à la condition que les professionnel-le-s cherchent le problème. Mais comme peu y sont enclins, le rôle d'identificateur des répondant-e-s se trouve singulièrement vidé de sa substance. Comme le souligne une répondante, dans son milieu de travail personne n'ira «drainer» ce type de problème pour le plaisir.

C'est le genre de situations qu'on prend quand elles surgissent, mais on n'irait pas se mettre à drainer un gros bassin de ça... il y a des gens qui adorent s'occuper des gens déprimés ou de gens alcooliques, il n'y a personne à la clinique qui a cet intérêt-là de drainer des femmes violentées. (Méd.)

Ce n'est pas quelque chose (identifier les femmes violentées) qu'on fait d'emblée dans le sens de pousser, pousser, pousser, pour savoir si c'est vraiment un cas de violence, si on a des doutes on va le dire au médecin, mais souvent on le laisse comme ça. (Inf.)

Support perçu et attitudes vis-à-vis la violence conjugale

Comme on peut le constater, les professionnel-le-s de la santé ne sont pas encouragés par leurs pairs à s'impliquer au niveau de la violence conjugale, quand ils et elles n'y sont pas clairement découragés. L'influence de cet état de chose sur la sous-identification des femmes violentées est clairement illustrée par ce jeune médecin, qui, de par sa pratique, est amené à rencontrer des femmes violentées.

Quand tu sais que l'autre te dit de ne pas toucher à ces affaires-là, c'est pas stimulant beaucoup, c'est pour ça que j'ai tendance à ne pas m'en occuper plus que ça. (Méd.)

Dans ce contexte de travail, l'absence de support constitue donc, pour les professionnel-le-s, une raison supplémentaire d'attendre de la femme violentée qu'elle «se prenne en main». Celle-ci ne doit pas s'attendre à ce que l'infirmière, l'infirmier ou le-la médecin lui apporte le soutien nécessaire dans le cadre «d'une pratique ordinaire», à moins qu'il ou elle fasse le choix (se «spécialise») d'investir une partie de son énergie sur ce type de clientèle ce qui, au dire des répondant-e-s, est assez peu fréquent.

Discussion

Quel que soit l'angle sous lequel on l'examine (caractéristiques organisationnelles de la tâche, rôle perçu, support perçu), le contexte de travail des professionnel-le-s de la santé n'apparaît pas très accueillant pour les femmes violentées. Le mode de gestion du temps (Lavoie et Martin, sous presse), les objectifs de soins et les centres d'intérêt des professionnel-le-s (Karuzza *et al.* 1982) sont peu compatibles avec les besoins de la femme violentée. Pour répondre à ces besoins, les médecins, infirmières et infirmiers sont confrontés à une remise en question de leur pratique (Kurz et Stark 1988; Nuttall *et al.*

1985). Ainsi la femme violentée n'a de chance d'être identifiée que dans la mesure où les professionnel-le-s reconsidèrent pour un temps le rôle de «collaborateur» attribué au patient. La femme n'a de chance de trouver une oreille disponible que dans la mesure où ces mêmes professionnel-le-s choisissent de lui consacrer plus de temps qu'aux autres patients ou de la revoir plus souvent. Elle n'a de chance d'être orientée adéquatement que dans la mesure où médecin, infirmière, infirmier décident de consacrer temps et effort à la recherche des ressources spécialisées. Le commentaire de cette répondante illustre très bien cette situation :

C'est évident que si ça m'intéressait vraiment et que je voulais le faire, bien j'aurais pris les informations qu'il faut et je serais devenue quelqu'un capable de les aider. Mais c'est trop difficile à faire dans le cadre d'une pratique médicale, puis à l'urgence c'est encore pire. (Méd.)

Ce témoignage constitue un bon exemple de l'articulation entre les éléments contextuels et les attitudes. S'ils veulent répondre aux besoins des femmes violentées, les professionnel-le-s de la santé doivent choisir de développer de nouvelles attitudes et de nouvelles pratiques. Il en est ainsi du support des collègues et de la connaissance du réseau, relevés dans la recherche de Lavoie *et al.* (1988) comme des facteurs qui inclinent professionnel-le-s à une attitude favorable vis-à-vis de la femme violentée et qui semblent *a priori* absents de la pratique médicale.

D'autre part, les contraintes organisationnelles de la pratique du médecin, de l'infirmière, de l'infirmier constituent manifestement un frein au développement d'une attitude favorable vis-à-vis des femmes violentées. Outre la quantité d'efforts à fournir pour les dépasser, ces contraintes peuvent également contribuer à développer certaines attitudes défavorables. Ainsi, l'absence de disponibilité vis-à-vis la femme violentée, régulièrement invoquée par le personnel médical (Trute *et al.* 1988), conduit concrètement à une fin de non-recevoir et à un déni patent du vécu de celle-ci. Cette non-reconnaissance de la réalité de la violence conjugale renforce l'isolement social de la femme violentée et contribue à sa marginalisation. En ce sens, l'attitude du médecin constitue une sanction sociale implicite (Waitzkin 1989) qui ajoute au sentiment de culpabilité de la femme violentée. Par ailleurs, ce manque de disponibilité augmente le sentiment d'incompétence des professionnel-le-s de la santé. Fine (1982), une chercheuse féministe, montre qu'un tel sentiment de la part d'un-e professionnel-le de la relation d'aide peut conduire à attribuer plus de caractéristiques négatives aux personnes en demande.

Le fait que les médecins, les infirmières et infirmiers soient les intervenant-e-s de première ligne les plus à même d'identifier les femmes violentées (Binney *et al.* 1981) constitue en quelque sorte une situation contre-nature dans la mesure où ils et elles apparaissent les moins préparés à accomplir cette mission. Étant donné qu'il est en partie relié à un problème d'attitude, ce manque de préparation est peu susceptible de se résoudre par lui-même. À moins que des efforts soient initiés pour inverser cette tendance, il est probable que l'absence de mobilisation des professionnel-le-s de la santé face à la violence conjugale se perpétue à travers les nouvelles générations de professionnel-le-s. Dès lors, il apparaît que l'amélioration de l'accueil des femmes violentées dans les services de santé implique une remise en question de la pratique actuelle des médecins et des infirmières et

infirmiers vis-à-vis la violence conjugale. À ce titre, les organisations professionnelles peuvent, comme elles l'ont déjà commencé (*Ontario Medical Association* 1986; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec 1985), contribuer à sensibiliser les médecins, les infirmières et infirmiers à la problématique de la violence conjugale en général et au vécu de la femme violentée en particulier.

Limites de cette recherche

La nature de la recherche ainsi que son étendue n'a pas permis de déceler de différences qualitatives marquantes entre médecins et infirmières ainsi qu'entre hommes et femmes. Si on tient compte des travaux antérieurs sur le sujet, il apparaît probable que cette absence de différences soit due à un artefact de la méthode.

Bien qu'une de nos répondantes pratiquait quelques heures par semaines dans un CLSC, ce milieu de pratique ainsi que les bureaux privés d'infirmières, d'infirmiers n'ont pas été étudiés.

Cette étude constitue un examen sélectif des données sur les attitudes défavorables issues d'une recherche qualitative plus large. En ce sens, elle impose un cadre d'analyse restrictif qui, en orientant l'analyse dans une direction déterminée, ne favorise pas une description exhaustive des opinions exprimées par les répondant-e-s, en particulier les attitudes favorables. L'analyse (présentement en cours) des autres thèmes du volet qualitatif de l'enquête ainsi que les résultats du volet quantitatif (Martin, Lavoie et Jacob 1990) permettront de jeter un éclairage plus complet sur l'ensemble de cette question et donc de replacer les principales conclusions de cette recherche dans un contexte plus global.

Conclusion

Il ressort de cette recherche que les éléments associés au contexte de travail des professionnel-le-s de la santé semblent avoir une influence sur leurs attitudes vis-à-vis de la violence conjugale.

Néanmoins, de nouvelles questions apparaissent à la lecture des résultats. Ainsi, il sera opportun d'examiner l'éventuelle présence d'une différence liée au sexe des participant-e-s au niveau de la perception des rôles et du support. Une telle différence pourrait permettre de comprendre plus en détail la relation entre le contexte de travail et les attitudes vis-à-vis des femmes violentées.

D'autre part, si le contexte de travail influence directement les attitudes du personnel médical, il serait intéressant d'examiner les attitudes des médecins, infirmières et infirmiers qui travaillent en CLSC ou qui pratiquent en cabinet privé une médecine non traditionnelle. Ces professionnel-le-s ayant choisi une autre forme de pratique, ont-ils (elles) également des attitudes différentes face aux femmes violentées?

Enfin, en raison de la variabilité organisationnelle des milieux de pratique, les données n'ont pas permis de distinguer clairement le contexte de travail des infirmières et infirmiers de celui des médecins. Il est pourtant envisageable que les premiers ne disposent pas des mêmes prérogatives vis-à-vis des femmes violentées, notamment en ce qui a trait

à la prise en charge et à la référence. Il serait donc important d'étudier plus avant en quoi médecins et infirmières et infirmiers se distinguent sur ce point.

Yann Le Bossé
Francine Lavoie
École de psychologie
Geneviève Martin
École de service social
Université Laval

Note

- * Cette recherche a été réalisée grâce aux subventions du Conseil de recherche en sciences humaines et du Conseil québécois de la recherche sociale.

RÉFÉRENCES

- BILODEAU, A., L. Bergeron et L. Paiement
1986 *La recherche d'aide des femmes victimes de violence conjugale*. Montréal, Éditions de la Pleine Lune.
- BINNEY, V., G. Harkell et J. Nixon
1981 *Leaving violent men*. Leeds (England), Women's Aid Federation.
- BORKOWSKI, M., M. Murch et V. Walker
1983 *Marital violence : The community response*. London, New York, Tavistock Publications.
- CHEVARIE, A.
1990 *Évaluation et description des réponses de l'entourage à la demande d'aide des femmes violentées par leur conjoint*. Mémoire de maîtrise (document inédit), École de psychologie, Université Laval.

- CHEZ, R.A.
1988 «Woman battering», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 158, 1 : 1-4.
- COLEMAM, K.H., M.L. Weiman et B.P. Hsi
1980 «Factors affecting conjugal violence», *The Journal of Psychology*, 105 : 197-202.
- CROSSON, B.D.
1985 «The hidden shame. Wife assault», *Home Healthcare Nurse*, 3, 1 : 11-14.
- DAVIS, L.V. et B. E. Carlson
1981 «Attitudes of service providers toward domestic violence», *Social Work Research Abstracts*, 17, 4 : 34-39.
- DELGATY, K.
1985 «Battered women : The issues for nursing», *The Canadian Nurse*, 81, 2 : 21-23.
- DOBASH, R.E., R.P. Dobash et K. Cavanagh
1985 «The contact between battered women and social and medical agencies», in J. Pahl (éd.), *Private violence and public policy*. London, Routledge & Kegan Paul : 142-165.
- EGGER, S.J. et J. Crancher
1982 «Wife battering : Analysis of the victim's point of view», *Australian Family Physician*, 11, 11 : 830-832.
- FINE, M.
1982 «When non-victims derogate : Powerlessness in the helping professions», *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 4 : 637-643.
- FORTIN, D.
1988 *Le chômage d'insertion : Étude de bénéficiaires d'aide sociale de moins de 30 ans*. Thèse de doctorat (document inédit), École de psychologie, Université Laval.
- HABER, J. D.
1985 «Abused women and chronic pain», *American Journal of Nursing*, 85, 9 : 1010-1012.
- HENERSON, J., L.L. Morris et C.T. Fitz-Gibbon
1978 «How to measure attitudes», in L.L. Morris (éd.), *Program evaluation Kit*, 5. Beverly Hills : Sage Publications.

- HOPAYIAN, K., G. Horrocks, P. Garner et A. Levitt
1986 «Battered women presenting in general practice», *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 33 : 506-507.
- HOUSE, J.S.
1981 *Work, stress and social support*. Reading Mass, Addison-Wesley.
- IYER, P.
1980 «The battered wife», *Nursing*, 10, 7 : 53-55.
- JOHNSON, N.
1985 «Police, social work and medical responses to battered women», in N.S. (éd.), *Marital violence. Sociological Review Monographs*, 31.: 109-123. London, Routledge & Kegan Paul.
- KARUSA, J., M.A. Zevon, V.C. Rabinowitz et P. Brickman
1982 «Attribution of responsibility by helpers and recipients», in T.A. Wills (éd.), *Basic processes in helping relationships*. New-York, Academic Press : 107-129.
- KURZ, D. et E. Stark
1988 «Not-so-benign neglect. The medical response to battering», in K. Yllö & M. Bograd (éd.), *Feminist perspectives on wife abuse*. Newbury Park, Sage Publications : 249-266.
- LAVOIE, F., M. Jacob et G. Martin
1988 «Attitude et sentiment de compétence des policiers et des intervenant-e-s psychosociaux-ales face à la femme violentée par son conjoint», *Revue Canadienne de Santé mentale communautaire*, 7, 2 : 73-88.
- LAVOIE, F. et G. Martin (sous presse)
«L'aide psychosociale offerte par les médecins à la femme violentée par son conjoint», *Revue de l'Association Canadienne de Santé Publique*.
- LE BOSSÉ, Y., F. Lavoie et G. Martin (en préparation)
«Attitudes des professionnelles de la santé vis-à-vis de la violence conjugale».
- LENT, B.
1986 «Diagnosing Wife Assault», *Canadian Family Physician*, 32 : 547-549.

LICHTENSTEIN, V.R.

- 1981 «The battered woman : Guideline for effective nursing intervention», *Issues in Mental Health Nursing*, 3, 3 : 237-250.

LINCOLN, Y. et E.G. Guba

- 1985 *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Sage Publications.

MACLEOD, L.

- 1980 *La femme battue au Canada : un cercle vicieux*. Ottawa, Ministère des approvisionnements et services, Canada.

MARTIN, G., F. Lavoie et M. Jacob

- 1988 «*La violence faite aux femmes en milieu conjugal : étude menée auprès des intervenant-e-s psychosociaux-ales et des policier-è-s*» (Les Cahiers du GREMF, n° 15). Québec, Groupe de Recherche Multidisciplinaire Féministe de l'Université Laval.

MARTIN, G., F. Lavoie, M. Jacob et collaborateurs

- 1990 «*Les médecins et les infirmier-ère-s face à la femme violentée par son conjoint* » (rapport de recherche). Québec, Université Laval.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DU SOLICITEUR GÉNÉRAL

- 1986 *Politique d'intervention en matière de violence conjugale*. Québec, Ministère de la Justice, Gouvernement du Québec.

NUTTALL, S., L. Greaves et B. Lent

- 1985 «Wife battering : An emerging problem in public health», *Canadian Journal of Public Health*, 76 : 297-299.

ONTARIO MEDICAL ASSOCIATION COMMITTEE ON WIFE ASSAULT

- 1986 *Wife assault : A medical perspective* (Special Issue). Ontario Medical Review.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU QUÉBEC

- 1985 *La violence conjugale. Intervention infirmière auprès des femmes : Écouter le langage des maux*. Montréal, Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec.

PATTON, M. G.

- 1980 *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, Sage Publications.

PAGELOW, M.D.

- 1981 *Women battering : Victims and their experiences*. Beverly Hills, Sage Publications.

- PÉPIN, J. et M. Rouleau
1985 «Violence conjugale. La violence prémaritale», *Nursing Québec*, 5, 5 : 28-31.
- PETRO, J. A., P.L. Quann et W.P. Graham
1978 «Wife abuse : The diagnosis and its implications», *Journal of the American Medical Association*, 240, 3 : 240-241.
- ROSE, K.
1984 *Physicians' and nurses' attitudes toward women abuse*. Unpublished doctoral dissertation of Wisconsin University. Madison.
- ROSE, K. et D.G. Saunders
1986 «Nurses' and physicians' attitudes about woman abuse : The effect of gender and professional role», *Health Care for Women International*, 7, 6 : 427-438.
- SAUNDERS, D.G., A.B. Lynch, M. Grayson et D. Linz
1987 «The inventory of beliefs about wife beating : The construction and initial validation of a measure of beliefs and attitudes», *Violence and Victims*, 2, 1 : 39-57.
- SMITH, M.D.
1987 «The incidence and prevalence of woman abuse in Toronto», *Violence and Victims*, 2, 3 : 173-187.
- STARK, E., A. Flitcraft, D. Zuckerman, A. Grey, J. Robison et W. Frazier
1981 «Wife abuse in the medical setting : An introduction for health personnel » (Monograph n° 7). Washington, National Clearinghouse on Domestic Violence.
- STRAUS, M. A.
1977-78 «Wife beating : How common and why?», *Victimology : An International Journal*, 2, 3-4 : 443-458.
- TRUTE, B., P. Sarsfield et D.A. Mackenzie
1988 «Medical response to wife abuse : A survey of physicians' attitudes and practices», *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7, 2 : 61-71.
- WAITZKIN, H.
1989 «A critical theory of medical discourse : Ideology, social control and the processing of social context in medical encounters», *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 2 : 220-239.