

Le secteur des soins de santé et la violence faite aux femmes



Le secteur des soins de santé et la violence faite aux femmes

**Document de travail établi pour la
Division de la prévention de la
violence familiale de Santé Canada**

Juin 1993

Louise Hanvey
Dianne Kinnon

Les opinions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Reproduction encouragée, moyennant mention de l'origine, mais la reproduction à des fins commerciales est interdite.

Cat. H72-21/122-1994F
ISBN 0-662-99427-2

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Patti Goodman et Rachel Wernick pour leur apport au travail de recherche proprement dit. Nous remercions également tous ceux et celles qui nous ont renseignées sur les initiatives mises en œuvre dans leur secteur pour prévenir la violence faite aux femmes et assister celles qui en sont victimes.

Nous remercions également pour leurs contributions les personnes dont les noms suivent : Jan Barnsley, *Women's Research Centre*, Vancouver, Linda MacLeod, consultante, Ottawa, Patricia Rossi, *Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec*, Longueuil, Marsha Sfeir, *Education Wife Assault*, Toronto, Fran Smith, *YWCA of Calgary*, Calgary, Diane Ponée, *Condition féminine Canada*, ainsi que Joan Simpson, Diane Aubry et Vera Lagasse, de Santé Canada.

Table des matières

Partie I		
Analyse des résultats	7	
Introduction	7	
La violence faite aux femmes en tant que problème de santé	8	
La santé et le système de soins de santé	9	
Protocole de recherche	10	
Interviews avec des informateurs clés	10	
Projets subventionnés par le gouvernement fédéral	11	
Examen de publications	11	
Structure du document	12	
Chapitre 2		
Vue d'ensemble des résultats	13	
Réponse aux besoins des femmes maltraitées	13	
Pour une approche axée sur la promotion de la santé	13	
Où en sommes-nous actuellement?	14	
Types d'activités	15	
Résolutions, déclarations ou énoncés de principe	15	
Normes de pratique, principes directeurs et protocoles	15	
Documents de sensibilisation et d'éducation	16	
Formation professionnelle et programmes d'études	18	
Consultation et coordination	19	
Recherche et évaluation	19	
Approches, priorités et activités dans le secteur de la santé	20	
Le secteur des soins infirmiers	21	
Le secteur médical	21	
Le secteur hospitalier	22	
Le secteur de la santé publique	22	
Le secteur de la santé communautaire	23	
Le secteur de la santé en milieu de travail	24	
Le secteur multiculturel	25	
Les Premières Nations	25	
Conclusion	26	
Chapitre 3		
Mesures possibles	28	
Pour une approche systémique	28	
Rôle dirigeant et adoption du problème	28	
Rôle des associations professionnelles nationales	28	
Le secteur hospitalier	29	
Le secteur de la santé publique	30	
La promotion de la santé	30	
Les protocoles	31	
Les attitudes des professionnels de la santé	31	
La formation	32	
Les programmes d'études	32	
Obstacles à l'accès aux services	33	
Partage des ressources	33	
Conclusion	33	
Bibliographie	34	
Partie II		
Initiatives dans le domaine de la santé concernant la violence faite aux femmes	38	
Initiatives nationales	38	
Initiatives du gouvernement fédéral	38	
L'initiative de lutte contre la violence familiale (Santé Canada)	38	
Programmes de santé et programmes sociaux	39	
Groupe de travail fédéral/provincial/ territorial sur la santé des femmes	42	
Comité canadien sur la violence faite aux femmes	43	
Associations professionnelles et autres organisations non gouvernementales nationales	43	
Projet interdisciplinaire sur la violence familiale	43	
Association des infirmières et infirmiers du Canada	44	
Association canadienne des travailleurs sociaux	44	
Association canadienne des administrateurs de services sociaux en milieu de santé	45	
Association médicale canadienne	45	

Le Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique : la violence à l'égard des personnes âgées	45	Initiatives locales	59
Collège des médecins de famille du Canada . . .	46	Quelques exemples d'initiatives réalisées	
Association canadienne de santé publique . . .	46	au niveau communautaire	59
Association des infirmières de la santé au travail	46	Protocoles d'intervention	59
Association des psychiatres du Canada	46	Éducation et formation	59
Association des hôpitaux du Canada	47	Protocoles et formation	59
Conseil canadien d'agrément des établissements de santé	47	Services utiles aux femmes membres de communautés ethnoculturelles	60
Association canadienne pour la santé mentale	47	Coordination communautaire	60
Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada	48	Secteurs de la santé communautaire et de la santé publique	61
DAWN Canada (Réseau d'action des femmes handicapées du Canada)	49	Services aux auteurs de mauvais traitements	61
		Développement communautaire	62
		Les programmes d'études	62
Initiatives dans les provinces et les territoires	50	Appendice I	
Initiatives gouvernementales provinciales et territoriales	50	Liste des professionnels de la santé	65
Initiatives interministérielles	50	Appendice II	
Ministères provinciaux ou territoriaux de la Santé	51	Personnes avec qui communiquer au sujet de l'initiative de lutte contre la violence familiale (projets concernant la santé)	66
Associations professionnelles et autres organisations non gouvernementales provinciales ou territoriales	53	Appendice III	
Initiatives multidisciplinaires dans les provinces	53	Liste de ressources documentaires	67
Associations provinciales ou territoriales d'infirmières et d'infirmiers	53		
Sociétés médicales provinciales ou territoriales	55		
Associations provinciales ou territoriales d'hôpitaux	56		
Associations provinciales ou territoriales de santé publique	56		
Autres organisations non gouvernementales	57		

Partie I

Analyse des résultats

Introduction

Peut-on concevoir comme étant «en santé» une femme vivant avec un partenaire qui tous les jours la critique, lui dit qu'elle ne vaut rien, la frappe inopinément ou la bat avec une rage aveugle, contrôle ses finances ou la fréquentation de ses amis et peut-être maltraite aussi ses enfants? Selon la plupart de nos définitions, une femme ne jouit pas du moindre bien-être physique ou mental si elle vit dans la terreur et l'incertitude et subit des brutalités répétées.

Les professionnels de la santé (infirmières, médecins, travailleurs en santé communautaire, travailleurs sociaux en établissements de santé, pour ne nommer que ceux-là)* et les organismes de soins de santé (hôpitaux, cliniques, organismes de santé communautaire et services de santé mentale) se sont toujours occupés des femmes maltraitées. Leur clientèle compte un fort pourcentage de femmes qui, sans forcément qu'ils le sachent, sont ou ont été victimes de mauvais traitements. Les professionnels de la santé ne perçoivent que depuis peu la violence faite aux femmes comme un sérieux problème de santé et ils commencent à réfléchir au rôle actif qui leur revient en ce domaine en matière de prévention et de dépistage, de même qu'en matière de traitement des victimes, des agresseurs et des autres membres de la famille. Les mauvais traitements infligés aux femmes sont de plus en plus reconnus comme un facteur majeur de mauvaise santé chez un grand nombre des femmes qui s'adressent aux services de santé. Les prestataires de soins de santé sont de plus en

plus sensibilisés au problème et de plus en plus qualifiés pour apporter aux victimes une aide appropriée.

Dans le présent document, nous examinons les activités mises en œuvre dans le secteur de la santé en réponse aux femmes qui sont victimes de mauvais traitements dans le cadre d'une relation intime. La violence faite aux femmes, appelée aussi syndrome de la femme battue, et qui comprend le cas plus particulier des voies de fait exercées contre l'épouse, est un problème majeur de notre société. Le fait est bien documenté dans le présent document. L'Enquête de statistique Canada sur la violence envers les femmes a permis de constater qu'à partir de 16 ans, 25 % des femmes sont victimes de sévices physiques ou sexuels aux mains d'un conjoint ou d'un compagnon de vie. Ces incidents se soldent par des blessures dans 45 % des cas (Statistique Canada 1993).

La violence faite aux femmes ne connaît pas de frontières géographiques, culturelles, sociales ou socio-économiques. Notre société la tolère dans une large mesure. Des recherches récentes ont montré qu'une personne sur cinq la considère comme pratique acceptable et que la plupart des gens ne veulent pas y être mêlée (Bureau de la condition féminine, 1988, cité par Grunfeld 1993). Les femmes ne sont pas les seules victimes possibles d'un milieu familial violent. Un enfant est lui aussi victime de la violence dès lors qu'il assiste aux violences commises sur sa mère à la maison. Plus affligeant encore, il arrive à bien des femmes maltraitées de subir une autre forme de mauvais traitements aux mains de professions ou d'organismes de santé supposés les aider. Ces femmes sont doublement victimes, à la fois face à un partenaire violent et à des pratiques et procédures insensibles à leurs besoins.

Le présent document porte sur les mauvais traitements infligés aux femmes par des partenaires de sexe masculin dans le cadre d'une relation intime. Ces mauvais traitements peuvent être aussi bien psychologiques ou émotionnels que physiques. Nos recherches ont porté tant sur l'aspect prévention que sur celui du traitement. Notre rapport met surtout l'accent sur les services généraux de santé et les traitements physiques, par opposition aux services de santé mentale, dont l'examen eût exigé, pour être complet, une analyse

* L'appendice I donne une liste plus complète des professionnels de la santé qui ont un rôle à jouer dans la prévention de la violence faite aux femmes et le traitement des femmes qui en sont victimes.

distincte. Nous avons centré notre rapport sur les femmes maltraitées par des hommes, tout en admettant que ce n'est là qu'un aspect du problème de l'élimination de la violence faite aux femmes. (Le secteur des soins de santé devrait également se préoccuper de la violence entre hommes.)

L'analyse ne traite pas de la violence faite aux femmes par les autres membres de la famille, ni de la violence dans les relations entre lesbiennes, de la maltraitance en milieu de travail ou du harcèlement sexuel. Le rapport est centré sur les niveaux national, provincial ou territorial, mais nous citons aussi des programmes locaux créateurs ou innovateurs. Le temps et les ressources dont nous disposons ne nous ont malheureusement pas permis de pousser nos recherches sur les nombreux programmes ou activités mis en œuvre par certains professionnels de la santé ou par certains hôpitaux, cliniques ou collectivités en réponse à la violence faite aux femmes. Nous espérons que les quelques exemples donnés sauront inspirer la mise en œuvre d'autres activités au niveau local pour empêcher la violence faite aux femmes et aider celles qui en sont victimes.

La violence faite aux femmes en tant que problème de santé

La prévention primaire de la violence faite aux femmes et un traitement efficace et compatissant des victimes sont des éléments majeurs du domaine de la santé des femmes. Pourtant, le secteur des soins de santé ne fait que commencer à se préoccuper de la place qu'occupe la violence dans la vie de la femme. Si plusieurs établissements de santé et un certain nombre de professionnels de la santé ont beaucoup rehaussé la contribution du secteur de la santé en ce domaine, celui-ci, dans son ensemble, ne fait que commencer à s'attaquer au problème. Il y a beaucoup à faire!

Dans la lutte contre la violence familiale, il se fait des efforts pour intégrer davantage les initiatives, coordonner les activités menées par les différents organismes et ministères et privilégier le partenariat entre intervenants gouvernementaux et organismes communautaires. Par conséquent, il est difficile, en même temps que contraire au but recherché, de considérer individuellement les initiatives du secteur de la santé en les isolant des nombreuses initiatives multisectorielles en cours dans chaque province et territoire et au niveau national. Mais on peut utilement examiner la contribution et le rôle particuliers de certains organismes du secteur de la santé en matière de violence faite aux femmes et examiner aussi comment ces organismes pourraient élargir leur participation, tant dans leur secteur propre que dans le cadre d'efforts pluridisciplinaires.

Depuis 1985, plusieurs articles parus au Canada dans les revues médicales et les revues de soins infirmiers, de santé publique et de santé mentale transmettent à peu près le même message :

- la violence faite aux femmes est un problème majeur;
- les professionnels de la santé sont mal équipés pour dépister et traiter convenablement (ou renvoyer à l'instance appropriée) les cas de mauvais traitements infligés aux femmes par leurs partenaires;
- diverses raisons expliquent cette situation, et notamment le vécu personnel, les normes sociales, la structure et la conception de base de la médecine, le manque de compétence professionnelle et de connaissances, et la structure du système de soins de santé.

Vers la fin des années 1980 et au début de la décennie 1990, on a pu voir dans les documents publiés par les professions médicales et infirmières, une prolifération d'études sur divers protocoles et principes directeurs. En médecine, une bonne partie des études de recherche ou de pratique professionnelle ont été réalisées par des médecins de famille, notamment en Ontario.

Morrison (1988), de l'université McGill, cite des résultats publiés dans des études sur la description et le dépistage de la violence faite aux femmes : 80 % des femmes maltraitées qui sont victimes de blessures se présentent *au moins une fois* chez un médecin à ce sujet, 40 % sollicitent au moins cinq fois un secours médical, 50 % des blessures de femmes admises à l'urgence chirurgicale ont été infligées par violence et les mauvais traitements interviennent dans une tentative de suicide sur quatre chez les femmes.

Grunfeld (1993), après avoir passé en revue la documentation en la matière, dit ceci :

«L'accueil que font les professionnels de la santé aux femmes maltraitées est très important, car c'est le plus souvent dans le secteur médical que les victimes se présentent pour la première fois dans un cadre public pour solliciter un traitement. Plusieurs études réalisées aux États-Unis montrent que de 22 % à 35 % des femmes reçues par les services d'urgence viennent pour faire traiter les séquelles de mauvais traitements continus – lésions corporelles ou symptômes de stress d'une relation marquée de violence.» (p. 1)

Grunfeld signale que dans une relation violente, le secret est souvent un aspect important. La victime peut n'avoir ni famille, ni amis où chercher du soutien. Son contact avec le système de soins de santé peut donc être pour elle une bonne occasion de s'ouvrir sur sa situation.

Selon l'Enquête de 1993 de Statistique Canada sur la violence envers les femmes, 43 % des blessures infligées

par un conjoint sont traitées médicalement (Statistique Canada 1993).

Une équipe de chercheurs rattachés à la Faculté des soins infirmiers de l'Université de l'Alberta et au ministère de la Santé de l'Alberta (Division de la santé publique) a fait un examen critique de divers programmes de soins de santé mis en œuvre en matière de violence faite aux femmes. Son rapport, intitulé *Models and Strategies of Delivering Community Health Services Related to Woman Abuse*, concluait que «les hôpitaux et les bureaux communautaires de soins de santé ne jouent actuellement qu'un rôle limité en matière de prévention primaire de la violence faite aux femmes, de dépistage précoce et de traitement... L'analyse des conclusions indique que quatre facteurs gênent l'élaboration de programmes efficaces en matière de violence faite aux femmes : maintien du modèle traditionnel de prestation des services, manque d'objectifs clairs au niveau des provinces ou des territoires pour éliminer la violence faite aux femmes, absence de consensus sur les causes fondamentales de la violence faite aux femmes et manque de recherches en la matière.» (Innes, Ratner, Finlayson et autres (1991), p. ii)

La santé et le système de soins de santé

De nos jours, la **santé** est communément conçue comme étant plus qu'une affaire de bien-être physique ou d'absence de maladie. L'Organisation mondiale de la santé définit la santé ainsi :

«...la possibilité donnée à une personne ou à un groupe de personnes de réaliser ses aspirations, satisfaire ses besoins et faire face aux changements intervenant dans son environnement. La santé est donc vue comme une ressource pour la vie de chaque jour, non comme le but de la vie.»

Le présent document a été établi sur la base de cette définition.

Les activités du secteur de la santé peuvent être réparties en quatre grandes catégories : soit, promotion de la santé, prévention primaire, prévention secondaire et prévention tertiaire.

Le débat de principe en cours actuellement parmi les organismes gouvernementaux, les associations professionnelles, les prestataires de services et le secteur bénévole met beaucoup l'accent sur la **promotion de la santé**, définie comme un processus consistant à donner aux gens les moyens de mieux contrôler leur santé et de l'améliorer. La santé comprend plusieurs **déterminants**, qui relèvent de la biologie humaine, de la psychologie, du style de vie, des choix comportementaux et de l'environnement. L'environnement

comprend des déterminants sociaux et socio-démographiques, ainsi que l'environnement physique et le système de soins de santé. Le problème des mauvais traitements infligés aux femmes par leurs partenaires doit donc être appréhendé comme un problème en partie déterminé par le grand contexte socio-économique où évolue la femme. Les femmes ne jouissent pas d'une égalité complète par rapport aux hommes. Elles ne jouissent pas des libertés économiques qu'ils ont. Les activités de promotion de la santé sont souvent décrites comme des activités de développement communautaire visant à influencer sur les déterminants de la santé, y compris les déterminants environnementaux, et non comme des activités uniquement centrées sur les déterminants biologiques et comportementaux.

Pour Santé Canada, les questions de santé qui se rattachent à la violence familiale intéressent beaucoup plus que la santé physique; elles concernent aussi la santé mentale individuelle et collective. Dans *Santé mentale au Canada* (1992), le Ministère fait remarquer que des facteurs sociaux plus vastes interviennent en matière de violence familiale : à savoir, revenu suffisant, accès à la formation professionnelle, possibilités d'emploi, etc. Certes, la violence familiale peut avoir dans l'immédiat des effets physiques et émotionnels, mais il faut aussi reconnaître et traiter les conséquences à long terme qu'elle peut avoir sur la santé mentale et la vie quotidienne. Le Ministère estime qu'«il faut rejoindre les professionnels de la santé qui œuvrent en première ligne pour les sensibiliser aux différents aspects et conséquences de la violence familiale, de manière à ce qu'ils puissent y répondre de façon appropriée dans le cours de leur travail quotidien. Le personnel du système des soins de santé peut jouer un rôle clé dans le dépistage des cas, le traitement et le soutien des victimes et leur aiguillage vers les services appropriés». (Santé mentale au Canada, 1992)

La pratique de la **prévention** est aussi très répandue au sein du système de soins de santé, en particulier dans le secteur de la santé communautaire et celui de la santé publique. La prévention primaire s'entend de toute action visant à prévenir une issue défavorable pour la santé – soit la prévention de la mort, de l'invalidité, des blessures ou de la maladie. Les activités de prévention primaire sont le plus souvent axées sur une issue déterminée ou un comportement défini, p. ex. immuniser les bébés contre la rougeole pour prévenir ses complications dévastatrices, enseigner aux jeunes des pratiques sexuelles plus sûres ou dépister le cancer du col utérin. En conséquence, la prévention primaire comprend les efforts visant à prévenir la violence faite aux femmes. La prévention secondaire comprend les efforts visant à prévenir la récurrence par des services d'intervention et de dépistage. La prévention tertiaire cherche à réduire au minimum les conséquences de la violence infligée à une femme en l'aidant à faire face au

traumatisme subi. La violence faite aux femmes intéresse donc tous les niveaux de prévention.

Il existe au Canada plus de 800 hôpitaux, la plupart dotés de salles d'urgence et de services de traitement ambulatoire. Chaque province et territoire a des organismes responsables des services hospitaliers. L'organisation des services communautaires varie quelque peu d'une province à l'autre, mais chaque province a des organismes officiels de soins de santé communautaires – bureaux ou services de santé publique (CLSC au Québec). En outre, certaines provinces (p. ex. le Manitoba et l'Ontario) ont des centres de santé communautaire, qui dispensent des soins primaires, des services de prévention et des services de promotion de la santé à la population d'une zone géographique donnée. Les CLSC du Québec sont très centrés sur les services communautaires et dispensent des services interdisciplinaires à ce niveau.

Au Canada, le nombre des professionnels de la santé va toujours croissant. Les médecins dispensent leurs services en cabinet privé ainsi que dans les unités sanitaires, les CLSC, les centres de santé communautaire, les hôpitaux et d'autres établissements de santé (p. ex. les établissements de soins prolongés). Les infirmières et infirmiers dispensent leurs services en de nombreux endroits. Ils soignent les maladies aiguës ou chroniques dans les hôpitaux et autres établissements et dispensent des services de prévention primaire dans les centres de santé communautaire, les cabinets de médecins, diverses cliniques (notamment les cliniques de santé publique) et les services de consultations externes des hôpitaux.

Les infirmières et infirmiers prodiguent aussi une grande part des services de promotion de la santé dispensés dans les unités sanitaires et les centres de santé. Certains groupes de la profession s'occupent expressément des femmes. Les infirmières et infirmiers en santé du travail dispensent des services de prévention primaire, de traitement et de promotion de la santé en milieu de travail. Les infirmières et infirmiers de premier recours dispensent des soins primaires dans les centres de santé communautaire. Plusieurs autres groupes de professionnels de la santé, moins connus peut-être, dispensent aussi des services aux femmes. L'Ontario a adopté récemment une loi sur la profession de sage-femme. À compter du premier trimestre de 1994, les sages-femmes pourront intervenir pendant la grossesse et l'accouchement des femmes de cette province. Plusieurs autres provinces songent à légiférer en la matière. Par ailleurs, les unités sanitaires et les centres de santé communautaire recourent souvent aux services de professionnels de la promotion de la santé, d'éducateurs en soins de santé et de professionnels en développement communautaire pour élaborer des programmes de promotion de la santé axés sur les besoins et la participation communautaires. Des

monitrices de cours prénataux et des formatrices et formatrices sur les rôles parentaux dispensent des services de soutien aux nouveaux couples.

Nombreux sont donc les types d'organismes et de personnels qui dispensent des services de santé à la femme à divers moments de sa vie, d'où une grande variété de moyens par lesquels le secteur des soins de santé peut intervenir pour prévenir la violence faite aux femmes et aider les victimes.

Protocole de recherche

Les données qui ont servi à établir le présent document ont été recueillies ainsi :

1. Interviews avec des informateurs clés.
2. Examen de certaines initiatives non fédérales qui ont bénéficié d'une assistance financière de Santé Canada, notamment de la Division de la prévention de la violence familiale. (Documents fournis par la Division de la prévention de la violence familiale et la Division de la santé mentale).
3. Examen de certaines initiatives fédérales.
4. Dépouillement de revues canadiennes du secteur de la santé, de 1989 jusqu'à maintenant.

Interviews avec des informateurs clés

Durant les mois de mars et avril 1993, nous avons réalisé dans toutes les provinces et territoires du Canada, 156 interviews téléphoniques auprès de particuliers et de représentants de ministères ou organismes, en commençant par les suivants :

Gouvernements provinciaux :

- les ministères de la Santé la personne responsable du secteur de la santé des femmes ou de celui de la violence familiale. La situation était différente d'une province à l'autre, certaines (p. ex. l'Ontario) ayant dans leur ministère un bureau ou une direction responsable du secteur de la santé des femmes, tandis que dans d'autres provinces, cette responsabilité relevait d'une autre administration (p. ex. d'une direction de la santé communautaire);
- les ministères ou directions chargés du dossier de la femme ou de la condition féminine;
- les ministères responsables des services sociaux.

Associations professionnelles

(nationales, ainsi que leurs sections provinciales) :

- associations médicales
- associations d'infirmières et infirmiers
- collèges de médecins de famille
- associations de santé publique
- associations d'hôpitaux

Organisations non gouvernementales :

- groupes professionnels ou groupes de défense des intérêts publics (nationaux ou provinciaux)
- groupes de femmes handicapées
- associations des Premières Nations
- autres associations de femmes

Groupes locaux :

- services municipaux de santé (de certaines grandes agglomérations)
- hôpitaux possédant des services importants destinés aux femmes
- certains centres ou cliniques de santé communautaire
- organisations locales non gouvernementales (p. ex. s'occupant du planning des naissances)

Dans le cas des groupes non gouvernementaux et des associations locales, notre enquête n'a pas été exhaustive; la décision d'appeler tel ou tel groupe dépendait des types de services dispensés. Après les appels initiaux faits dans chacune des provinces, l'adjointe de recherche déterminait quels groupes œuvraient activement dans le domaine de la violence faite aux femmes, puis nous avons téléphoné à d'autres groupes ou organismes. Dans la plupart des cas, on voyait clairement où se déroulaient les activités les plus importantes.

Nous avons fait 156 interviews en tout. Le tableau ci-après en donne la répartition par province et par secteur.

Tableau 1
Le secteur de la santé et la violence faite aux femmes : interviews faites par téléphone

Province	Gouvernements provinciaux	Organisations non gouvernementales	Associations professionnelles	Groupes locaux
Colombie-Britannique	8	1	5	3
Alberta	2	0	4	4
Saskatchewan	3	0	4	3
Manitoba	3	2	5	3
Ontario	2	1	8	9
Québec	6	2	8	3
Nouveau-Brunswick	2	0	5	1
Nouvelle-Écosse	2	0	5	1
Île-du-Prince-Édouard	2	0	3	0
Terre-Neuve	2	2	5	1
Territoires	4	0	4	1
Organismes nationaux	8	9	10	0
Totaux	44	17	66	29

Deux adjointes de recherche ont fait les interviews initiales, après quoi les chercheurs principaux ont communiqué avec les personnes choisies. Ils commençaient par leur expliquer notre objectif, après quoi suivait une interview détaillée sur les programmes offerts par l'organisme en question. S'il existait une documentation sur un programme donné, nous demandions qu'on nous l'envoie. Au cours des interviews initiales, les adjointes de recherche demandaient également aux informateurs s'ils connaissaient dans leur province d'autres programmes qu'il vaudrait la peine d'examiner. Cela a permis en bien des cas de rejoindre d'autres personnes.

Projets subventionnés par le gouvernement fédéral

Nous avons également examiné tous les projets bénéficiaires d'une aide financière de Santé Canada (Division de la prévention de la violence familiale, Division de la santé mentale, Direction générale de la protection de la santé et Programme national de recherche et de développement en matière de santé). Ces projets ont été souvent mentionnés lors des interviews auprès des informateurs clés. Le tableau 2 en donne la répartition.

Tableau 2
Le secteur de la santé et la violence faite aux femmes : répartition des projets bénéficiaires d'une aide financière fédérale

Sector	Nombre de projets
Associations professionnelles	9
Hôpitaux	3
Organisations non gouvernementales	11
Autres (y compris les activités intraministérielles)	4

Dans le cas de ces projets, nos appels téléphoniques visaient à obtenir des éclaircissements ou plus de documentation. Ce groupe ne comprenait aucun programme ou projet bénéficiaire d'une aide financière de la Direction générale des services médicaux de Santé Canada ou du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. En conséquence, le présent document ne recense aucune des initiatives en cours dans les communautés des Premières Nations.

Examen de publications

Nous avons dépouillé par traitement direct certaines publications canadiennes pour inventorier des initiatives que nous n'avions pas recensées par téléphone. Ces recherches ont porté sur des textes parus sur la violence familiale à partir de 1989. Les informations obtenues ont été intégrées à l'ensemble.

Structure du document

Le chapitre 2 analyse les activités recensées dans le secteur de la santé en matière de violence faite aux femmes et donne une vue d'ensemble des résultats. L'examen est effectué par type d'activité et par secteur : profession médicale, profession infirmière, secteur hospitalier, santé publique, santé communautaire, santé en milieu de travail, secteur multiculturel et Premières Nations. Le chapitre 3 présente nos conclusions et recommandations. La partie II donne un compte rendu détaillé des interviews. Les activités recensées sont réparties par niveaux (national, provincial et local) et par secteurs.

L'appendice I donne la liste des professionnels de la santé qui ont un rôle à jouer dans la prévention de la violence faite aux femmes et le traitement des victimes. L'appendice II donne une liste de personnes-contacts pour divers projets assistés financièrement par l'Initiative contre la violence familiale. L'appendice III donne une liste de documents mentionnés dans le texte.