

**LIGNES DIRECTRICES SUR LA
VIOLENCE
FAMILIALE
À L'INTENTION DES INFIRMIÈRES**



CANADIAN NURSES ASSOCIATION OF CANADA
ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA

© 1992 Association des infirmières et infirmiers
du Canada

La reproduction non commerciale de
cette publication est autorisée à des fins didactiques
ou cliniques. Prière de citer la source.

Première édition : décembre 1992

Pour en recevoir des exemplaires supplémentaires en
français ou en anglais, ou pour obtenir d'autres documents,
prière de s'adresser au:

Centre national d'information sur la violence dans la famille
Division de la prévention de la violence familiale
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
Canada
K1A 1B5

Tél.: 1-800-267-1291

Télécopieur: (613) 941-8930

* ATS (Appareils de télécommunication pour sourds)

1-800-561-5643

Cette publication a pu être préparée grâce à
la contribution de Santé Canada
(antérieurement Santé et Bien-être social Canada)



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
PRINCIPES	3
HYPOTHÈSES	4
IDÉES REÇUES ET RÉALITÉ	4
QU'EN EST-IL DE NOS PROPRES VALEURS, SENTIMENTS ET CROYANCES?	8
DÉPISTAGE ET ÉVALUATION	8
INTERVENTIONS	10
PRINCIPES	10
Mauvais traitements infligés aux femmes	10
Interventions de courte durée	11
Interventions de longue durée	12
MAUVAIS TRAITEMENTS INFLIGÉS AUX ENFANTS	13
Interventions	14
MAUVAIS TRAITEMENTS INFLIGÉS AUX PERSONNES ÂGÉES	14
Interventions	15
PRÉVENTION DE LA VIOLENCE	18
AIGUILLAGE DES CLIENTS	19
DOCUMENTATION	20
CONCLUSION	21
BIBLIOGRAPHIE	22
ANNEXE I	
LISTE DES INDICES DE VIOLENCE FAMILIALE	26
ANNEXE II	
EXEMPLE DE FORMULAIRE DE DÉPISTAGE	34
ANNEXE III	
MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL CHARGÉ D'ÉTUDE DES LIGNES DIRECTRICES ET DES PROTOCOLES SUR LA VIOLENCE FAMILIALE À L'INTENTION DES INFIRMIÈRES	36

INTRODUCTION

Les membres de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) pensent que la violence familiale constitue un grave problème tant sanitaire que social. Ils pensent également que les infirmières se doivent de jouer un rôle actif face à la violence familiale.

Il importe de voir dans la violence un comportement qui consiste à opprimer et dominer des individus ou des groupes plus fragiles. Toutes les formes de violence familiale sont particulièrement vulnérables. On sait aussi que, dans les couples, l'homme peut être victime de violence.

La violence familiale est une expression qui englobe tous ces aspects. La violence a une incidence profonde sur tous les segments de la société et elle touche tous les membres de la famille. La violence familiale, notamment celle qui se commet contre les femmes, n'est pas un fait nouveau mais profondément ancré depuis des siècles dans nos institutions sociales, comme les tribunaux, les établissements de santé et les églises. La tolérance qui se manifeste à l'égard de la violence familiale peut s'expliquer par la volonté de la société de préserver l'unité familiale (c'est-à-dire la statu quo) aux dépens du bien-être physique, mental, spirituel et affectif de l'individu.

La prévention et le dépistage des cas de violence, et leur règlement ultérieur, forment des domaines importants du travail des infirmières. Ces dernières sont souvent les premiers professionnels à entrer en contact avec les personnes victimes de violence familiale. En tant que membres de l'équipe de santé équipe à caractère pluridisciplinaire, nous avons un grand rôle à jouer devant de fléau.

Les infirmières peuvent hésiter à intervenir parce qu'elles voient dans la violence, une question de famille, plus qu'un problème de santé social. Cette perception peut aussi exister chez les administrateurs des services de santé, qui ne sont pas toujours disposés à soutenir les infirmières dans leurs interventions. En outre, il se peut que l'infirmière ne soit pas certaine de ce qu'il faut dire ou faire quand un client lui signale des actes de violence.

Les Canadiens ne sont plus prêts à pardonner la violence familiale. C'est pourquoi les professions à vocation d'aide trouvent qu'il est temps d'apporter un soutien efficace aux familles et aux personnes en butte à la violence.

Les lignes directrices qui suivent ont pour objet de fournir au lecteur des renseignements à jour sur la violence, de faire le point face aux idées reçues, de guider correctement les infirmières exerçant dans divers milieux ainsi que de permettre aux infirmières d'être mieux sensibilisées et plus à l'aise lorsqu'elles sont confrontées à ce problème complexe.

PRINCIPES

- Chacun a le droit de mener une existence exempte de violence.
- Personne ne mérite d'être opprimé physiquement, sexuellement, moralement ou financièrement.

- Personne n'a le droit de dominer quiconque par la menace, la coercition, l'intimidation physique ou tout autre instrument de pouvoir mal employé.

HYPOTHÈSES

- Il incombe à chaque infirmière de se porter à la défense de tout client soupçonné d'être victime de mauvais traitements.
- La meilleure façon de lutter contre la violence consiste à faire intervenir un personnel de santé très diversifié et possédant des compétences particulières.
- Il est primordial que les infirmières participent à l'élaboration des politiques visant à lutter contre la violence.
- L'existence de chacun ne regarde personne d'autre et, habituellement, chaque individu prend les décisions qui lui semblent les plus avantageuses.

IDÉES REÇUES ET RÉALITÉ

Il importe de faire le point sur plusieurs idées reçues d'ordre général concernant la violence familiale, et sur d'autres se rapportant précisément aux victimes.

Idée reçue : *Les cas violence sont plus fréquents chez certains groupes raciaux, culturels ou économiques.*

Réalité :

Des femmes sont victimes de leur conjoint dans toutes les classes de la société et dans tous les groupes raciaux et culturels. Une telle croyance a deux conséquences principales : certains groupes culturels apparaissent plus « fautifs » que d'autres et il peut même arriver

que, dans certains, les cas de violence soient moins fréquemment dépistés. Il est important de savoir exactement qui sont les personnes victimes de la violence familiale, quel que soit leur milieu.

Idée reçue : *La violence est habituellement provoquée par la consommation d'alcool ou de drogues.*

Réalité :

La violence n'est pas provoquée par la consommation d'alcool ou de drogues. Il est extrêmement dangereux d'entretenir l'idée selon laquelle les agresseurs, à cause d'un affaiblissement de leurs facultés, ne sont pas responsables de leurs actes.

Il peut arriver que certains boivent pour trouver une excuse. Les professionnels de la santé risquent de se concentrer sur le problème de l'intoxication et de passer complètement à côté de celui de la violence.

Idée reçue : *Les femmes doivent aimer ça, sinon elles partiraient de chez elles.*

Réalité :

Les femmes n'aiment pas être maltraitées. Elles ne souhaitent qu'une chose : que la violence finisse et que les périodes de rémission entre les incidents se prolongent. Souvent, si elles continuent de subir, c'est parce qu'elles croient que cela vaut mieux pour leurs enfants et qu'ils ont besoin de leur père. Il est également courant que, lorsque sa partenaire le quitte, un homme la menace de violence, de mort, d'enlèvement d'enfant, ou qu'il manifeste l'intention de demander la garde des enfants. La femme a tout à fait raison de prendre ces menaces au sérieux.

Des études montrent que 60 p. 100 des homicides commis au Canada sur des femmes sont perpétrés par des intimes des victimes. Le danger est extrême quand une femme décide de quitter son conjoint ou qu'elle lui annonce que tout est fini entre eux. Certaines femmes nient leur situation, souvent aux dépens de leur amour-propre, de leur indépendance ou de leur vie. La peur est la principale raison pour laquelle les femmes restent ou reviennent vivre avec un partenaire violent.

Idée reçue : *Si la violence était aussi pénible que cela, les femmes ne rentreraient pas chez elles.*

Réalité :

Les femmes retournent chez elles pour toutes sortes de raisons. Certaines pensent que l'incident est terminé. Habituellement, le partenaire se repent et promet de ne pas recommencer. Généralement, les enfants s'ennuient de leur père et de leur maison et ils essaient souvent de persuader leur mère de rentrer. Une femme qui s'est trouvée atteinte maintes fois dans son amour-propre peut douter de son aptitude à élever ses enfants par elle-même. Peu de temps après avoir été séparées de leur partenaire, certaines femmes

commencent à comprendre financier ou affectif, qu'elles peuvent attendre de la justice ou des services sociaux. Le fait est que, pour échapper à la violence, beaucoup de femmes se voient condamnées, elles-mêmes et vie de pauvreté. D'un autre côté, elles peuvent ressentir un sentiment de soulagement une fois qu'elles ont décidé de changer d'existence.

Idée reçue : *La violence est une affaire privée qui ne regarde que les deux partenaires, et personne d'autre.*

Réalité :

Les comportements violents peuvent se transmettre d'une génération à l'autre. Certains agresseurs et certaines victimes ont été élevés dans un milieu violent. Les enfants témoins d'actes de violence entre leurs parents ont de

fortes chances de devenir les acteurs ou les

victimes de mauvais traitements. Un comportement violent peut donc être quelque chose qui s'apprend pendant l'enfance. La nécessité de rompre de cycle représente un important enjeu social et, pour cette raison, elle regarde tout le monde.

Au Canada, la violence constitue une infraction criminelle.

Idée reçue : *Les femmes incitent les hommes à les maltraiter.*

Réalité :

Les agresseurs sont responsables de leurs actes. Il est inacceptable de recourir à la violence

pour exprimer sa colère. Il n'existe aucune excuse pour les mauvais traitements,

Idée reçue : *Les personnes âgées sont un «fardeau» ou une source d'ennuis pour leur famille.*

Réalité :

Beaucoup de personnes âgées ont besoin du soutien de leur famille pour certaines choses, mais cette relation de dépendance relève souvent d'une situation d'entraide entre les générations. Une femme qui fait les courses de ses parents peut, par exemple, dîner

régulièrement chez eux. Les membres de beaucoup de familles se trouvent dans une situation de dépendance mutuelle qui n'entraîne ni mauvais traitements, ni absence de soins.

QU'EN EST-IL DE NOS PROPRES VALEURS, SENTIMENTS ET CROYANCES?

Pour pouvoir apporter une aide efficace aux victimes, nous devons avoir conscience de nos propres sentiments sur la violence familiale. Il arrive que les infirmières qui ne savent pas trop quoi penser de la violence familiale en nient l'existence, en attribuent la faute à la victime et en minimisent les effets.

Les infirmières sont souvent témoins d'actes de violence, quand elles n'en subissent pas elles-mêmes. Cela peut influencer sur leur façon de réagir, parce que l'on a besoin de prendre du recul par rapport aux risques que l'on court soi-même. Les infirmières peuvent se sentir vulnérables, anéanties et impuissantes lorsqu'il leur faut aider des clients ayant subi de mauvais traitements. Pour être utiles, les infirmières doivent comprendre qu'elles ne sont pas seules et qu'elles peuvent compter sur leurs collègues. C'est en connaissant mieux la violence familiale que nous pourrions dominer les sentiments intenses qu'elle provoque. Mieux on saisit la complexité de la situation et plus on respecte les personnes vivant dans un milieu violent.

DÉPISTAGE ET ÉVALUATION

Certains cas de violence familiale ne font aucun doute, et la victime n'hésite pas à se confier. Dans d'autres cas, les clients refusent de reconnaître que leurs blessures ou symptômes ont un rapport avec des actes de violence familiale, bien qu'il existe des indices du contraire.

Le travail d'évaluation consiste à prendre note de tout ce qui est dit, à observer le patient et à faire un examen de santé. Pour faciliter ce travail, on pourra intégrer des questions de dépistage aux instruments de collecte de données infirmières ou aux formulaires de relevé des antécédents.

Pour repérer les cas de violence familiale, il faut savoir en reconnaître les indices. On trouvera des exemples d'indices à l'annexe I. Les violences commises contre les femmes vont souvent de pair avec un mépris des besoins de santé élémentaires et avec des privations d'ordre financiers, même si l'agresseur possède des moyens suffisants. Les victimes peuvent souffrir d'un manque de nourriture et de sommeil, ainsi que d'un traumatisme affectif. Il est courant que les femmes et les enfants victimes de mauvais traitements ne reçoivent pas les vaccins appropriés, que les femmes ne subissent pas un examen de contrôle à la suite d'un test de Papanicolaou ou de l'apparition d'une grosseur au sein, que les maladies transmissibles sexuellement ou les infections aux levures ne soient pas traitées et que la prise d'antibiotiques soit interrompue prématurément. Les cas de violence sont également fréquents pendant la grossesse (coups au ventre, agression sexuelle, etc.). Ils peuvent entraîner diverses complications comme un accouchement avant terme, une fausse couche ou l'accouchement d'un mort-né. Dans une famille où la mère fait l'objet de violences, le risque existe aussi pour les enfants.

Tous les cas de violence familiale doivent être examinés, quels que soient le sexe ou l'âge des clients. Habituellement, ces derniers ne sont pas fâchés lorsqu'on les interroge directement. Il convient de poser des questions ouvertes en évitant d'adopter un ton menaçant ou réprobateur pour que la violence cesse d'être un sujet tabou. Lorsque les questions sont pénibles, embarrassantes ou angoissantes, le client peut chercher à se soustraire à la discussion. Organisez votre entrevue de

manière à approfondir toujours plus la question, ce qui permettra à la personne d'exposer son cas.

Pour que le client se sente en sécurité, vous pouvez faire allusion à la fréquence des conflits familiaux ou des agressions : «Souvent, les familles ne parviennent pas à régler leurs problèmes comme elles le voudraient. Comment votre famille s'y prend-elle? Est-il arrivé que quelqu'un recoure à la force? Qui? Quand?» Prenez note des réponses vagues ou évasives. Demandez des éclaircissements si la réponse est vague, et insistez sur le sujet abordé lorsque le client est évasif. Si vous soupçonnez l'existence d'actes de violence familiale, poursuivez votre enquête : «Qu'arrive-t-il quand vous-même ou votre partenaire vous mettez en colère?» ou «Vous est-il arrivé quelque chose pour que vous ayez de tels symptômes?»

La violence est une infraction criminelle partout au Canada.

INTERVENTIONS

L'ampleur et la force de l'intervention dépendent de la situation. Elle a pour objet :

- de permettre au client de dominer la situation;
- de lui apporter de l'aide; et
- de lui apporter le plus de sécurité possible.

L'intervention dépend de l'âge du client, de la raison laquelle l'infirmière et le client sont entrés en contact, et des possibilités de maintenir ce contact. Le choix de l'intervention est influencé par divers facteurs, par exemple :

- les services de soutien existant sur place;
- l'expérience et les compétences de l'infirmière;
- le milieu de travail;
- la volonté manifestée par le client de solliciter ou d'accepter l'aide d'autres organismes ou services.

Pour ces raisons les interventions dont il est questions dans ce document ne sont présentées qu'à titre de guide. Certaines font partie des tâches courantes des infirmières. D'autres sont réservées aux infirmières possédant une formation en communication et en animation de groupe et pouvant exercer dans divers milieux. La divulgation d'une situation de violence, notamment d'une agression sexuelle commise sur un enfant, débouche souvent sur une crise familiale.

PRINCIPES

Mauvais traitements infligés aux femmes

- Les victimes ont droit à qu'on intervienne le plus discrètement possible. Elles acceptent qu'on les aide quand elles sont prêtes. Le refus de toute aide doit être respecté.
- L'intervention doit avoir pour but d'obtenir le meilleur résultat possible selon le choix de la personne.
- Dans le cas d'un adulte, l'intervention ne peut se faire qu'avec son consentement délibéré et éclairé.
- La divulgation des situations de violence est rendue difficile par la peur, l'ignorance et l'embarras. La victime peut être vulnérable, indécise et privée d'une bonne partie de son amour-propre. La plupart des clients sont très vulnérables au moment de la divulgation, et

certaines se trouvent dans un état de choc affectif qui peut durer plusieurs jours. Pendant cette période, beaucoup de clients se plient aveuglément aux recommandations de l'infirmière, au risque de lui reprocher plus tard de les avoir conseillés. L'infirmière écoute la personne, lui laisse le temps d'exprimer ses sentiments, lui offre un soutien affectif et évite de lui dire ce qu'elle doit faire.

- Il faut tenir compte des caractéristiques ethnoculturelles du client. Certains clients sont particulièrement vulnérables parce que les informations et les programmes existant au chapitre de la violence familiale peuvent leur être inaccessibles ou ne pas répondre à leurs besoins.
- Chaque individu a la capacité de changer dans un sens positif.

Interventions de courte durée

- Voyez s'il y a danger immédiat : « Craignez-vous pour votre sécurité? Vos enfants sont-ils en lieu sûr? »
- Si vous soupçonnez fortement ou si l'on vous a signalé une situation de violence, faites pan de votre à la cliente : « Je m'inquiète de votre sécurité. »
- Affirmez à la cliente que ce n'est pas de sa faute et qu'elle a le droit d'être en sécurité. Demandez-lui si elle souhaite se mettre en rapport avec la police : « La violence familiale est un délit. Désirez-vous porter plainte? » Sachez que, lorsqu'il s'agit de porter plainte, les règles juridiques peuvent varier d'une province à l'autre.
- Faites le tour des solutions possibles :
 - « Avez-vous besoin d'aide? »
 - « Qui d'autre connaît votre situation? »
 - « Avez-vous des parents ou des amis qui pourraient vous aider tout de suite? » « Avez-vous de l'argent, une carte de crédit, un compte bancaire? »
 - « Est-ce suffisamment sûr de rentrer chez vous maintenant? » Dans la négative : « Avez-vous un autre endroit où aller pour être en sécurité? »
- Savez-vous dans un foyer d'accueil? » « Seriez-vous prête aller dans un foyer d'accueil? »
- Indiquez à la personne les services auxquels elle peut s'adresser : foyers d'accueil, centres d'hébergement, aide juridique, aide financière, lignes téléphoniques pour gens en détresse et poste police. Autant que possible, fournissez les renseignements par écrit.

Nota : Vous n'aurez peut-être plus jamais affaire à la cliente; il est donc primordial de la renseigner sur les services utiles pendant cette rencontre.'

- Respectez la décision de la cliente, et n'oubliez pas que c'est à elle qu'il appartient en dernier ressort de décider si elle a besoin d'aide. Elle peut choisir de retourner chez elle, pour toutes sortes de raisons. S'il y a des enfants, il serait bon de voir avec la cliente quels risques ils courent.
- Si la cliente décide de retourner chez elle, aidez-la à trouver une position de repli au cas où elle doive de nouveau partir.

Voici quelques précautions qu'elle pourra prendre :

- prévoir un itinéraire de fuite;
- ouvrir un compte à son nom dans une banque distincte;
- laisser une valise en lieu sûr à l'extérieur de la maison. Cette valise devra contenir :
- des vêtements de rechange pour la cliente et les enfants;
- un double ou une photocopie des documents les plus importants : certificat de mariage, certificats de naissance des enfants, numéro d'assurance-maladie et, si possible, dernière déclaration d'impôt;
- un jouet pour chaque enfant;
- un peu d'argent; et
- une liste des numéros de téléphone les plus utiles.

De tels conseils ont en outre pour avantage de faire comprendre à la cliente que, si vous respectez sa décision de rentrer chez elle, vous ne vous attendez pas pour autant à ce que la violence cesse. Il est important qu'elle puisse s'en souvenir lorsque se produira un nouvel incident et que l'agresseur fera retomber la faute sur elle.

Certaines clientes nient être maltraitées, même si tout indique qu'elles le sont. Les infirmières se sentent fréquemment découragées; il est donc important pour elles de pouvoir compter sur une aide personnelle ou professionnelle. En manifestant votre inquiétude à la cliente, vous lui faites savoir que vous êtes prête à l'aider. Cela peut l'encourager à prendre son problème en main. Comme dans toute situation où une personne a besoin d'aide, la cliente est la mieux habilitée pour savoir quelle décision prendre. Le rôle de l'infirmière, c'est d'aider la cliente à prendre cette décision, et non à régler le problème pour elle.

Interventions de longue durée

Même lorsqu'ils se trouvent à l'abri de leur agresseur, certaines femmes et certains enfants ont besoin que l'on s'occupe encore d'eux et que, par exemple, on les conseille ou on les aide trouver une solution pour les droits de visite. À ce stade, ils peuvent s'adresser à des infirmières ou des

spécialistes. Ce travail de conseil pourra avoir pour objet :

- de recommander à la cliente de se tenir à l'écart de l'agresseur;
- de lui permettre de mener une meilleure existence en retrouvant de son amour-propre;
- de voir avec elle comment elle peut reprendre le dessus.

MAUVAIS TRAITEMENTS INFLIGÉS AUX ENFANTS

Certains enfants sont maltraités ou négligés par leurs parents, leurs tuteurs ou la personne soignante. Il en résulte des blessures ou des troubles affectifs ou psychiques profonds.

Ces mauvais traitements peuvent prendre différentes formes :

- violence physique
- agression sexuelle
- négligence
- violence psychologique.

Tous les enfants confrontés à des actes de violence dans leur famille en subissent les conséquences d'une façon ou d'une autre. Ils sont exposés à toutes les formes de violences physiques, sexuelles et psychologiques. De plus, lorsqu'ils prennent la défense d'autres membres de la famille, ils s'exposent à une situation de négligence, à des problèmes affectifs et à des brutalités. Vous trouverez à l'annexe I des exemples d'indices permettant de dépister les enfants victimes de violence.

Il importe de prendre en compte les faits suivants :

- La violence commise sur les enfants n'est pas un phénomène réservé à un groupe ou à une classe sociale; on la retrouve dans tous les milieux ethniques religieux, sociaux et économiques.
- Les risques sont les plus élevés dans la tranche des enfants d'âge préscolaire ou des nourrissons.
- Pour les jeunes, il est très important, vis-à-vis de leurs camarades, d'avoir un ami ou une amie. Beaucoup de jeunes filles maltraitées par leur partenaire pensent qu'il vaut mieux avoir un ami violent que pas d'ami du tout. Les infirmières doivent avoir conscience du fait que les jeunes filles qui sortent avec un garçon risquent également de subir des violences.

Au Canada, il est obligatoire de signaler les cas de violences commises contre des enfants, qu'ils soient réels ou supposés.

La divulgation de violences pose un problème délicat lorsque des enfants sont concernés. Des directives précises ont été établies à ce sujet, qu'il convient de suivre. Vous trouverez des exemples au chapitre «Divulgation : lignes de conduite» dans le document intitulé Enfants victimes d'abus sexuels : lignes directrices destinées aux travailleurs communautaires.

Interventions

- Au moindre soupçon, suivez les règles de divulgation obligatoire.
- Laissez l'enfant s'exprimer et évitez-lui la peine d'exposer plusieurs fois son cas.
- Rassurez l'enfant en lui disant que vous croyez ce qu'il raconte.
- Précisez-lui qu'il n'a rien fait de mal.
- N'émettez aucun jugement sur l'agresseur.
- Pour plus de renseignements, reportez-vous à la bibliographie. Pour obtenir de l'aide, adressez-vous aux services suivants :
 - société d'aide à l'enfance
 - police
 - service d'aide sociale
 - hôpital
 - centre de santé mentale
 - centre de service-secours
 - autres service communautaires où l'on peut trouver des conseils et de l'aide pour enfants et leur famille.

MAUVAIS TRAITEMENTS INFLIGÉS AUX PERSONNES ÂGÉES

On entend par violence et absence de soins tout acte ou comportement de négligence qui nuit à la santé ou au bien-être d'une personne âgée. Ils peuvent être le fait d'un proche ou d'un individu ayant la confiance de la victime. Les proches peuvent être le conjoint, les frères et soeurs ou les enfants. Les individus ayant la confiance de la victime englobent, par exemple, les voisins, les aides soignantes et le personnel des établissements de soins.

La violence peut s'exprimer de différentes façons :

- violence physique

- violence psychologique ou morale
- pressions ou exploitation financières
- agressions sexuelles
- administration abusive de médicaments
- violation des droits civils et de la personne
- suppression ou absence de soins.

Au Canada, le problème des personnes âgées victimes de violence ou laissées sans soins n'est pas seulement un problème familial. Il peut aussi se poser dans les établissements comme les foyers pour personnes âgées, les hôpitaux, les maisons de retraite et les établissements de traitement des maladies chroniques. Vous trouverez à l'annexe I des exemples d'indices permettant de dépister les personnes âgées victimes de violence.

Les victimes sont des personnes des deux sexes. Beaucoup de facteurs entrent en jeu, mais les violences commises peuvent s'inscrire dans le prolongement d'incidents survenus pendant l'enfance ou le début de l'âge adulte. De nombreuses personnes âgées maintiennent le statu quo pour les mêmes raisons que les gens plus jeunes. Et elles peuvent être plus portées à penser qu'il est trop tard pour commencer une nouvelle vie.

On rapporte un nombre croissant d'actes de violence commis en établissement. C'est un problème grave. Il peut avoir plusieurs causes. Il importe de les déterminer et d'étudier les possibilités d'intervention.

Au moment de signaler un cas, suivez les directives de l'établissement. S'il n'en existe point, faites en sorte qu'on en mette sur pied. Renseignez-vous sur la législation provinciale et sur les règles de droit pertinentes. Selon la province, il est obligatoire ou facultatif de signaler les mauvais traitements infligés aux personnes âgées. La question de la dénonciation est complexe.

Certaines personnes âgées s'abstiennent de divulguer leur situation pour les raisons suivantes :

- elles n'ont pas conscience d'être victimes de violence ou de négligence;
- elles ont peur de l'agresseur;
- elles craignent d'être envoyées dans un établissement;
- elles méconnaissent les organismes qui peuvent les aider;
- elles manquent de moyens financiers;
- elles ne sont pas en pleine possession de leurs facultés mentales, ce qui rend toute

dénonciation difficile ou impossible.

Interventions

- Chaque fois que l'on soupçonne qu'une personne âgée subit des violences ou est négligée, il importe de rencontrer l'intéressé même pour savoir ce qu'il désire et dans quelle mesure on peut intervenir. Les situations varient selon les risques courus par la personne.
- Les personnes âgées sont présumées être compétentes et capables de prendre des décisions par elles-mêmes. C'est un droit qu'il faut leur reconnaître, de même qu'elles ont le droit d'obtenir le soutien et l'aide nécessaires pour comprendre la situation et pour prendre seules des décisions éclairées.
- Il est essentiel d'instaurer une relation positive avec l'intéressé et avec le membre de la famille, la personne soignante ou l'agresseur. Par exemple, il est souvent possible de diminuer ou de résoudre les tensions résultant de responsabilités excessives lorsque les personnes concernées sentent qu'on les comprend.
- Informez le client de ses droits.
- Voyez avec lui les mesures que l'on peut prendre pour lui garantir une autonomie maximale (services d'alerte médicale, moyens de communication, comme la radio, entretien des relations sociales).
- Vérifiez s'il a besoin de services supplémentaires (soins à domicile, infirmière de santé publique, soins de répit, auxiliaire familiale ou popote roulante). Renseignez-vous sur les services de ce genre existant dans votre secteur.
- Voyez s'il existe d'autres possibilités pour faciliter l'existence du client.

PRÉVENTION DE LA VIOLENCE

Les infirmières jouent un rôle fondamental dans la prévention de la violence familiale parce qu'elles s'intéressent en priorité au bien-être et parce qu'elles exercent dans des domaines très divers :

- santé maternelle et infantile
- santé communautaire
- santé à l'école
- santé mentale
- santé au travail
- foyers pour personnes âgées et établissements de soins
- soins actifs
- soins de santé primaires
- établissements d'enseignement.

Dans tous ces milieux de pratique, les infirmières doivent faire preuve d'initiative afin de prévenir la violence familiale et de dépister rapidement, dans les familles ou ailleurs, les personnes vulnérables. Il importe d'intégrer des questions de dépistage aux instruments de collecte de données infirmières et aux formules de relevés des antécédents (voir l'annexe II).

Ce rôle de prévention consiste à promouvoir une évolution des mentalités, des valeurs et des croyances, en vue d'éliminer la violence familiale. Ce travail de prévention revêt plusieurs aspects :

- remise en question de nos propres attitudes et croyances;
- formation en cours d'emploi;
- élaboration de programmes de cours;
- défense des victimes au moment de l'élaboration des programmes et des politiques.

AIGUILLAGE DES CLIENTS

Face à la violence familiale, il convient d'intervenir en collaboration pour mieux comprendre les problèmes pour garantir un service plus complet client et pour qu'il fasse un meilleur usage des ressources existantes. Il est possible d'assurer une confidentialité interprofessionnelle en instaurant chez votre employeur où elles exercent, les infirmières auront avantage à tenir un répertoire des services professionnels et communautaires. Sans cela, on risque d'avoir des soins fragmentés et des interventions incomplètes.

Indiquez au client avec précision comment contracter :

- les centres de transition ou les foyers d'accueil
- la police
- les services sociaux
- les services médicaux
- les services juridiques
- les services de consultation pour femmes
- les groupes de soutien (pour les victimes et les agresseurs)
- les centres pour femmes
- les centres pour Autochtones
- les services d'aide téléphonique
- les organismes s'occupant de groupes de population précis
- d'autres organismes existant dans le secteur.

Nota : S'il s'agit d'une femme, aidez-la à trouver la service de consultation le plus en rapport avec ses besoins. À ce stade, il est dangereux, et donc déconseillé, de conseiller le couple.

DOCUMENTATION

Prenez note des déclarations, du comportement observé, des résultats de l'examen de santé et des interventions. Inscrivez les faits, et non les avis uns ou des autres, car cela risquerait d'influencer dans un mauvais sens les décisions prises à propos de la garde, ou de porter préjudice à votre client.

- Inscrivez avec exactitude, précision et dans le détail ce qui s'est dit et fait et ce qu'on a pu observer.
- Il peut être nécessaire de prendre des notes pour faciliter le travail de la justice; c'est pourquoi il est important de transcrire les déclarations du client, en précisant la date et l'heure.
- Prenez vos notes dès que possible après la conversation.
- Consignez tout ce qui s'est dit avec le client, sa famille, le personnel soignait et d'autres personnes.
- Prenez note des symptômes tant physiques que psychologiques. Soyez objective et répétez les termes du client. Vous pouvez utiliser, par exemple, un schéma du corps humain (annexe II) pour indiquer l'emplacement, la forme et l'étendue des blessures. Si possible, et avec l'autorisation de l'intéressé, prenez des photographies des blessures pour le dossier permanent du client. La possession de documents complets à cet égard permet de savoir si l'agresseur est un récidiviste et de prendre des mesures constructives.

CONCLUSION

Ces lignes directrices ont été préparées à l'intention des infirmières. Les principes qu'elles renferment peuvent être suivis dans n'importe quel milieu de travail. Il est primordial que nous collaborions à l'élaboration de politiques, de procédures et de protocoles pour lutter contre le problème de la violence familiale.

Il est essentiel que le rôle des infirmières soit clairement défini et qu'elles reçoivent le soutien de leur employeur. Grâce à ce soutien, il sera possible de mieux intervenir et de soutenir plus efficacement les familles en butte à de la violence.

Il faut que les écoles d'infirmières intègrent à leurs programmes des cours sur la violence familiale. En ce qui concerne le personnel en exercice, les départements de formation continue doivent se doter de structures de soutien pour les infirmières, en organisant par exemple à leur intention des séances qui leur permettent de se soulager du stress causé par un incident grave, et en créant des programmes d'aide aux employés.

On pourra également aider les infirmières qui acceptent de s'occuper de violence familiale en faisant pression pour obtenir le plus de ressources économiques et humaines possible.

BIBLIOGRAPHIE

1. Adamowski, K. et Burns, N. *Final Report Family Violence Training Project*, Hôpital général d'Ottawa, 1988-1989.
2. Ahert, R. et al. Family violence: Guidelines for recognition and management, *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 132, 1er mars 1985.
3. Alberta Family and Social Services Office for the Prevention of Family Violence. *Husband Abuse*, Alberta Family and Social Services Office for the Prevention of Family Violence, Edmonton (Alberta) 1991.
4. Anderson, A. The practitioner's initial response to victims, in *Violent Individuals & Families*, S. Saunders, A. Anderson, C. Allen Hart et G. Rubenstein (Éd.), Springfield: Illinois, Thomas, 1984.
5. Bagnal, J. When men kill women, *The Ottawa Citizen*, 14 mars 1992, B2.
6. Blake-White, J. et Kline, C.M. Treating the dissociative process in adult victims of childhood incest, *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, 66(7), 1985.
7. Bullock, L., et al. The prevalence and characteristics of battered women in a primary care setting, *Nurse Practitioner*, (14)6, 1989, 47-54.
8. Campbell, J.C. A test of two explanatory models of women's responses to battering, *Nursing Research*, 38(1), 1989, 18-23.
9. Campbell, J.C. et Sheridan, D.J. Emergency nursing interventions with battered women, *Journal of Emergency Nursing*, (15)1, 1989, 12-17.
10. Cearns, F. *Wife Assault Hurts Us All*, Edmonton: WIN House, 1988.
11. Community Child Abuse Council of Hamilton-Wentworth. *A Handbook for the Prevention of Family Violence Prevention*, Community Child Abuse Council of Hamilton-Wentworth, 1990.
12. Dawson, R. Therapeutic intervention with sexually abused children, *Journal of Child Care*, 1(6), 1984, 29-33.
13. Drake, V.K. Battered women: A health care problem in disguise, *Image*, 14(2), 1982, 40-47
14. Finkelhor, D. et Browne, A. The Traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization, *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 1985.
15. Ghent, W. et al. Family violence: Guidelines for recognition and management, *Journal de*

l'Association médicale canadienne, vol. 132, 1er mars 1985, 541-553.

16. Gordon, R. et Tomita, S. La divulgation des cas de mauvais traitements et de négligence à l'égard des aînés : procédure obligatoire volontaire? *Santé mentale au Canada*, Santé et Bien-être Canada, 1er 6 décembre 1990.
17. Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Women Abuse Protocols*, Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 1990.
18. Greany, G.D. Is she a battered woman: A guide for emergency response, *American Journal of Nursing*, 1984, 725-727.
19. Harcourt, M. Child sexual abuse, in *Psychiatric Sequelae of Child Abuse and Neglect: Evaluation Prospects and Recommendations*, J.J. Jacobsen (ed), Springfield, Illinois: Thomas, 1986.
20. Santé et Bien-être Canada. *Enfants victimes d'abus sexuels : lignes directrices destinées aux travailleurs communautaires - Rapport du groupe de travail fédéral*, Santé et Bien-être Canada, Direction des services de santé, 1989, H39-160/1989F
21. *Community Awareness and Response: Abuse and Neglect of Older Adults*, Santé et Bien-être Canada, Division de la santé mentale, Direction des services de santé, Ottawa, 1993. (traduction en cours au moment de passer sous presse).
22. *Soins de santé liés aux mauvais traitements et à la négligence, aux voies de fait, et à la violence familiale : guide pour l'établissement des normes*, Santé et Bien-être Canada, Direction des services de santé, 1989, H39-49/4-1989F.
23. Fiches de renseignements du Centre national d'information sur la violence dans la famille, Santé et Bien-être Canada
 - La violence et la négligence à l'égard des enfants
 - L'agression sexuelle d'enfants (janvier 1990)
 - La violence dans les fréquentations (janvier 1990)
 - Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées (janvier 1990)
 - La violence conjugale (janvier 1990)
 - La violence conjugale et ses conséquences sur les enfants (mars 1991)
24. Helton, A.S. et Suodgrass, F.G. Battering during pregnancy: Intervention strategies, *Birth*, 14(3), 1987.

25. Henderson, A.D. L'influence des enfants sur les décisions que prennent les mères victimes de violence, *Santé mentale au Canada*, 38(2/3), 1990, 10-13.
26. Herman, J. *Father-Daughter Incest*, Cambridge: Harvard Press, 1991.
27. Houstoun, A. *Women Abuse: A Handbook for Physicians*, Medical Society of Nova Scotia, 1991.
28. How much will the child resemble the mother: Reports on wife assault, *Ontario Medical Journal*, janvier 1991.
29. Innes, J. et al *Models and Strategies of Delivering Community Health Services Related to Women Abuse*, Programme national de recherche et de développement en matière de santé, Santé et Bien-être Canada, juin 1991. PNRDS 609 1670 CH(L)
30. Jaffe, P. et al. Problèmes critiques mis en lumière par l'étude sur l'adaptation des enfants témoins de violence dans la famille, *Santé mentale au Canada*, 1985, 15-19
31. Jaffe, P. et al. Emotional and physical health problems of battered women, *Canadian Revue canadienne de psychiatrie*, 31(7), 1986, 625-629.
32. Jaffe, P. et al. Family violence and child adjustment: A comparative analysis of girl's and boy's behavioral symptoms, *American Journal of Psychiatry*, 4(13), 1986, 74-77.
33. Kinnon, D. *L'autre versant de la montagne. Rapport n° 1 : résumé des résultats et conclusion*, Projet interdisciplinaire sur la violence familiale, Ottawa, 1988.
34. Lazzaro, M. et Mc. Farlane, J. Establishing a screening program for abused women, *Journal of Nursing Administration*, (21)10, 1991, 24-29.
35. Limandri, B.J. The therapeutic relationship with abused women, *Journal of Psychosocial Nursing*, 25(2), 1987, 9-16.
36. MacLeod, L. *Pour de vraies amours : prévenir la violence conjugale*, Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, Ottawa, 1987.
37. Mastrocola-Morris, E. *The Assault and Abuse of Middle-Aged and Older Women by their Spouses and Children*, An annotated Bibliography, 1989.
38. Mastrocola-Morris, E. *Mauvais traitements imposés aux femmes : relation entre les voies de fait contre les épouses et les mauvais traitements infligés aux personnes âgées*, Centre national d'information sur la violence dans la famille, Santé et Bien-être Canada, 1989 (H72-21-9-13-1989F).
39. New family violence initiative underway: The department of multiculturalism and citizenship is a partner in the new family violence initiative, *Santé mentale au Canada*, 40(1), mars 1992,

33-37.

40. Parker, B. et MacFarlane, J. Identifying and helping battered pregnant women, *Maternal and Child Nursing*, vol. 16, 1991, 161-164.
41. Podnieks, E. Elder Abuse: It's time we did something about it, *The Canadian Nurse*, vol. 81, no 11, 1985.
42. Potgieter, R. A comprehensive, centrally coordinated, cost-effective family violence counselling program for small communities, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7(2), 1988.
43. Ontario Medical Association, *Reports on Wife Assault*, Committee on Wife Assault, 1991.
44. Roberts, J.R. Oppressed group behaviour: Implications for nursing, *Advances in Nursing Science*, 7(2), 1983.
45. Rozovsdy, E.A. et Rozovsdy, L.E. Elder abuse, *Physicians Management Manuals*, vol. 15, no 10, 1991, 70-72.
46. Saunders, D. Counselling the violent husband, *Innovations in Clinical Practice: A Source Book*, date inconnue, 16-24.
47. Sinclair D. Understanding wife assault, *A Training Manual for Counsellors and Advocates*, Librairie du gouvernement de l'Ontario, 1985.
48. Social Planning and Research Council of British Columbia. *Elder Abuse and Neglect, A Guide to Intervention*, Vancouver (C.-B.), 1989.
49. Tilden, V.P. Response of the health care delivery system to battered women, *Issues in Mental Health Nursing*, 10(3-4), 1989, 309-317.
50. Walker, G. *Family Violence and the Women's Movement: The Conceptual Politics of Struggle*, Toronto: University of Toronto Press, 1990.
51. Wilcoxon, M. *A Handbook for Health Professionals*, Education Wife Assault, Toronto, 1985.
52. Yakimishyn, S. *Trust is the Key to the Secret of Family Violence: A Manual for Nurses and Other Health Professionals*, Infirmières de l'Ordre de Victoria, Edmonton, 1991.

ANNEXE I

LISTE DES INDICES DE VIOLENCE FAMILIALE

Indices présents chez les enfants

Indices physiques

- 1. Auto-mutilation
- 2. Blessures à des tissus mous ou osseux
- 3. Fracture du crâne ou hématomes sous-duraux
- 4. Hémorragie rétinienne
- 5. Luxations
- 6. Contusions au torse, aux fesses ou à la tête (peuvent avoir la forme de l'objet utilisé, comme une ceinture ou la main)
- 7. Marques de morsures
- 8. Brûlures dont la cause semble anormale (plaques de cuisinière ou cigarette)

Indices psychologiques

- 1. Comportement de repli sur soi, surtout chez les filles
- 2. Les nourrissons peuvent ne manifester aucune crainte à l'égard du personnel ou de la personne soignante et peuvent passer leur temps à se bercer
- 3. Le garçon manifeste un comportement agressif, destructeur et violent inhabituel
- 4. L'enfant parle mal pour son âge et a des difficultés d'apprentissage
- 5. L'enfant apparaît anormalement mûr et responsable pour son âge
- 6. Il a peu d'amour-propre
- 7. Il semble vivre dans une situation d'indigence
- 8. Il semble avoir peur quand on évoque ses parents
- 9. Dépression, tentatives de suicide, alcoolisme ou toxicomanie

- 10. Maladies psychosomatiques (douleurs abdominales, par exemple)
- 11. Enfant secret, craint les représailles
- 12. L'enfant montre de l'attachement pour la personne soignante
- 13. L'enfant se montre violent à l'égard des animaux
- 14. E se croit fautif : «J'ai désobéi, je l'ai mérité»
- 15. L'enfant fait des fugues
- 16. Ses résultats scolaires ont changé
- 17. Il vole

Indices sexuels

- 1. L'enfant possède une connaissance inhabituelle de la terminologie et du jargon sexuels
- 2. Éruptions dans la région du périnée, infections fréquentes de l'appareil gastro-urinaire
- 3. Présence d'une maladie transmissible sexuellement chez un enfant pendant les périodes pré- et postpubertaires
- 4. Trace d'une pénétration anale ou vaginale
- 5. Prostitution juvénile
- 6. Grossesse à l'adolescence
- 7. Enfant auteur d'agressions sexuelles
- 8. Promiscuité sexuelle, dans le comportement ou les actes

Signes de négligence

- 1. Insuffisance pondérale à la naissance
- 2. Retard staturo-pondéral
- 3. Insuffisance pondérale pour son âge
- 4. Anémie
- 5. Mauvaise hygiène

- 6. Vêtements inadaptés à la température extérieure
- 7. Mauvaise résistance à la maladie (affections ou rhumes fréquents)
- 8. L'enfant est souvent admis au centre de santé. Les blessures apparaissent plus graves chaque fois. Il présente des blessures anciennes et récentes (contusions)
- 9. Il ne prend pas bien ses médicaments, ou il ne les prend pas du tout
- 10. Les blessures observées ne correspondent pas aux faits relatés par l'enfant ou la personne soignante

Indices présents chez les personnes âgées

Indices physiques

- 1. Déficience physique ou mentale
- 2. Manque de correspondance entre les faits relatés et les blessures
- 3. Présence de blessures anciennes et d'autres en partie cicatrisées
- 4. La personne a été soignée par de multiples médecins ou centres de traitement
- 5. Escarres de décubitus
- 6. Mauvaise hygiène buccale
- 7. Dentition incomplète
- 8. Lunettes manquantes
- 9. Mauvaise hygiène corporelle
 - matières fécales séchées
- 10. Excès ou insuffisance de médicaments
- 11. Perte de poids
- 12. Déshydratation
- 13. La personne soignante se fait une fausse idée des facultés des gens âgés
- 14. Blessures aux tissus mous ou osseux

- 15. Aspect extérieur négligé
 - coiffure
 - barbe
 - ongles

Indices psychologiques

- 1. La client évite tout contact physique ou verbal avec la personne soignante ou l'infirmière
- 2. Le client laisse la personne soignante répondre à sa place
- 3. Le client tarde à demander un traitement
- 4. Il refuse tout traitement médical
- 5. Il est agité, déprimé ou excessivement calme
- 6. Il évite le contact visuel
- 7. Il se recroqueville ou se balance d'avant en arrière
- 8. Pauvreté (exploitation financière par la personne soignante)
- 9. La personne soignante tient des propos humiliants pour le client
- 10. Le client s'attribue la faute du comportement de la personne soignante
- 11. Il a peur d'être abandonné et réprimandé par la personne soignante
- 12. La personne soignante traite le client comme un enfant
- 13. La personne soignante restreint exagérément le client dans ses mouvements ou l'isole de manière excessive
- 14. Le parent ou la personne soignante est alcoolique ou toxicomane
- 15. Isolement social

Indices sexuels

- 1. Contusions ou lacérations des parties génitales

- 2. Maladie transmissible sexuellement

Indices présents chez les femmes

Indices physiques

- 1. Blessures aux tissus osseux ou mous
 - lacérations à la tête ou au visage
 - cheveux arrachés
 - dents brisées
 - mâchoire fracturée ou disloquée
 - oeil au beurre noir
 - tympan perforés
- 2. Contusions au ventre, aux seins ou au périnée, surtout s'il s'agit d'une femme enceinte
- 3. Marques de morsures
- 4. Brûlures non accidentelles provoquées par
 - une cigarette
 - une plaque de cuisinière
 - de la graisse bouillante
 - de l'acide
- 5. Les blessures observées ne correspondent pas aux faits relatés par la cliente
 - la cliente se présente en dehors des heures normales de consultation
 - la cliente tarde à se faire traiter
- 6. La cliente porte la trace de blessures anciennes ou récentes
- 7. La cliente rend plus souvent visite à l'établissement et les blessures s'avèrent chaque fois plus graves
- 8. Carence alimentaire ou manque de sommeil

(Quarante pour cent des femmes battues par leur conjoint sont aussi victimes de violences sexuelles.)

Indices psychologiques

- 1. Dépression
 - manque d'amour-propre
 - repli sur soi
 - aspect extérieur négligé
 - la cliente envisage ou a essayé de se suicider

- anorexie ou boulimie
 - alcoolisme ou toxicomanie
 - insomnie
 - maladie psychosomatique (inobservation éventuelle des prescriptions)
 - crises d'angoisse
 - sentiment d'abandon
 - la cliente pleure fréquemment
 - la cliente est indécise
 - la cliente évite le contact visuel
- 2. La cliente est coupée de sa famille ou de ses collègues
 - sentiment d'isolement
 - 3. Pauvreté (peut être due à des machinations financières du conjoint)
 - 4. La cliente hésite à se faire soigner ou à faire soigner ses enfants
 - 5. La cliente refuse qu'on l'interroge davantage, elle et ses enfants (ou que l'on s'occupe d'elle plus longtemps)
 - 6. La cliente se croit fautive («Je l'ai bien cherché»)
 - 7. La cliente craint des représailles
 - 8. La cliente manifeste un comportement détaché ou hostile à l'égard de ses enfants ou d'elle-même
 - 9. La cliente se fait une idée fautive du degré de développement et des facultés de ses enfants

Indices sexuels

- 1. Maladie transmissible sexuellement
- 2. Contusion ou déchirure dans la région du vagin ou du rectum
- 3. Fausses-couches
- 4. Mort-nés
- 5. Grossesse
- 6. Naissances prématurées
- 7. Insuffisance pondérale à la naissance (les femmes victimes de violence ont tendance à

donner naissance à des enfants dont le poids est insuffisant)

Indices présentes chez les agresseurs

- 1. Traces indiquant que la victime s'est défendue
 - griffures au visage
 - blessures aux mains
- 2. Le client laisse deviner qu'il se conduit d'une façon brusque avec les enfants
- 3. Le client montre qu'il méconnaît les ressources et le comportement des enfants

Indices psychologiques

- 1. Le client se présente directement au service des urgences avec la victime
- 2. Le client va et vient et refuse que la victime soit interrogée en privé
- 3. Le client minimise les blessures occasionnées au conjoint ou à l'enfant
- 4. Le client déclare que la victime «l'avait bien cherché» et que ce n'est pas de sa faute à lui
- 5. Il existe des tensions évidentes avec le conjoint ou l'enfant
- 6. Le client semble jaloux de sa conjointe : «Je ne peux lui faire confiance, pas plus qu'à personne d'autre»
- 7. Le client a des idées bien arrêtées sur le rôle de la femme et de l'homme
- 8. Le client pense que les femmes et les enfants ont besoin «d'être tenus»
- 9. Le client fait preuve de violence verbale
- 10. Il méprise plus ou moins les femmes
- 11. Pour le client, sa conjointe et ses enfants sont sa propriété
- 12. Le client semble avoir été élevé dans une famille perturbée ou agressive
- 13. Il cherche à ce qu'on fasse de lui une victime
- 14. Il attribue son comportement à l'excès d'alcool ou de drogues
- 15. Il apparaît incapable de maîtriser sa colère
- 16. Il peut donner l'impression d'être «quelqu'un de très bien»

- 17. Ce peut être un manipulateur
 - il se présente avec des fleurs pour la victime
 - il menace ou il tente de se suicider
 - il menace de tuer sa conjointe ou ses enfants si sa partenaire essaie de la quitter
- 18. Il reste vague ou évasif quand on l'interroge sur les blessures subies par la conjointe ou l'enfant
- 19. Il refuse tout nouveau traitement, ou il temporise

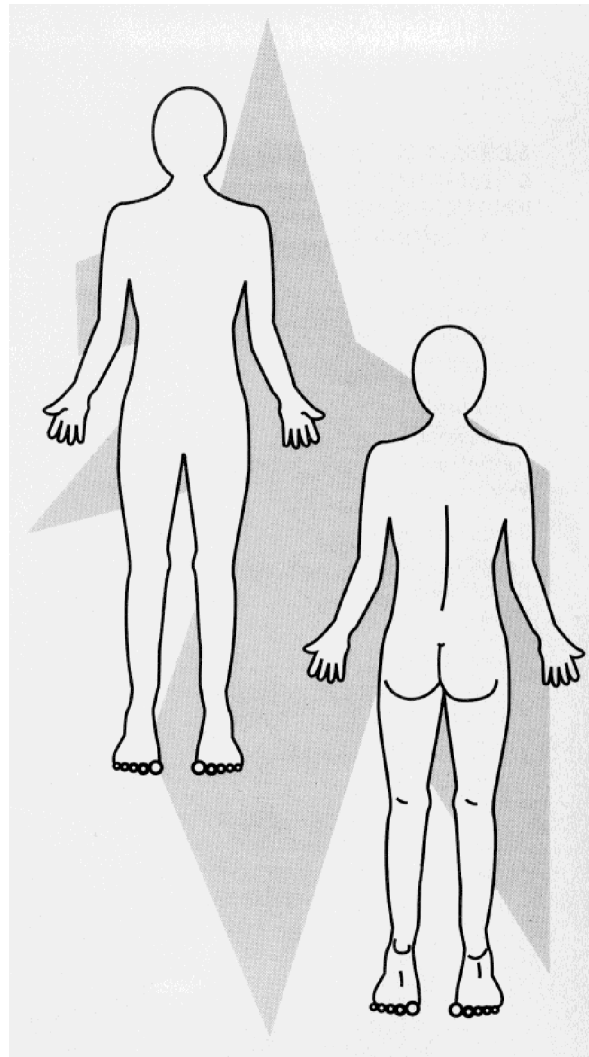
Indices sexuels

- 1. Il manifeste peu de respect pour les désirs ou les besoins sexuels des femmes : «Il n'est pas possible qu'une femme soit violée si elle ne le veut pas»
- 2. Le client est peut-être polygame
- 3. Le client estime que l'enfant qu'il a agressé sexuellement «l'a bien cherché», qu'il «l'a séduit»

ANNEXE II

EXEMPLE DE FORMULAIRE DE DÉPISTAGE

1. «Avez-vous déjà été maltraité, physiquement ou moralement, par une personne proche de vous? Si oui, par qui et combien de fois? Avez-vous déjà maltraité une personne proche de vous? Si oui, qui et combien de fois?»
 2. «Au cours de l'année écoulée, vous a-t-on agressé physiquement (coups, claques, coup de pied, etc.); si oui, qui et combien de fois?»
- « Avez-vous infligé des violences physiques à quelqu'un? Si oui, à qui et combien de fois? »
3. «Quel impact la violence a-t-elle eue sur votre vie jusqu'à présent?»
 4. «Que ressentez-vous à l'égard de la violence que vous avez subie?»
 5. «Que savez-vous de la violence familiale en général?»
 6. «Savez-vous quelles ressources existent à votre disposition?»
 7. Examen physique (repérez l'endroit de la blessure sur le schéma du corps humain et expliquez) :
 8. Examen de l'état de santé mentale :
 9. Problèmes éventuels concernant la sécurité :
 10. Intervention et aiguillage :



ANNEXE III

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL CHARGÉ D'ÉTUDE DES LIGNES DIRECTRICES ET DES PROTOCOLES SUR LA VIOLENCE FAMILIALE À L'INTENTION DES INFIRMIÈRES

Anne Cooke

Infirmière gestionnaire, Services internes de psychiatrie
Hôpital régional St. Martha's
Antigonish (Nouvelle-Écosse)

Angela Henderson

Professeure adjointe de sciences infirmières
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)

Brenda Kennedy (présidente)

Infirmière de chevet, Lutte contre les infections
Hôpital municipal de Winnipeg
Winnipeg (Manitoba)

Réjeanne Landry

Directrice du perfectionnement du personnel
Centre hospitalier Restigouche
Campbellton (Nouveau-Brunswick)

Jean Pointer

Infirmière de chevet, Service des urgences
Hôpital général de Regina
Regina (Saskatchewan)

Shirley Ann Roberts

Infirmière clinicienne spécialisée
Womens Health Centre
Toronto (Ontario)

Marie Louise Walsh

Infirmière de santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)

Loretta Westman

Centre correctionnel de Whitehorse
Ministère de la Justice
Whitehorse (Yukon)

Shirley Yakimishyn

Coordonnatrice, Programme «Personnes en crise»

Bureau d'Edmonton

Edmonton (Alberta)

Coordination :

Direction des services de la santé

Santé et Bien-être Canada

Marjorie Carroll

Infirmière-conseil

Sally St. Lewis

Infirmière-conseil

Judith Dowler

Conseillère en réadaptation

Joan Simpson

Coordonnatrice pour la
violence familiale

LIGNES DIRECTRICES SUR LA VIOLENCE FAMILIALE À L'INTENTION DES INFIRMIÈRES

Veillez prendre quelques minute pour remplir ce questionnaire. Cela nous permettra de mieux vous servir.

1. Selon vous, comment les renseignements donnés dans ce document pourraient-ils être utilisés?

2. Vous êtes-vous servi de ce document? À quelles fins?

3. Quels renseignements vous sont le plus utiles dans votre travail?

4. Que conviendrait-il d'ajouter à ces lignes directrices, d'après vous?

5. Avez-vous fait part de ces lignes directrices à d'autres personnes qu'une infirmière?

Oui Non Dans l'affirmative, à qui?

6. De quelle façon pourrions-nous vous aider à intégrer ces lignes directrices dans votre milieu de pratique?

Merci de vos commentaires.

Veillez retourner le questionnaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, The Driveway, Ottawa (Ontario), K2P 1E2

