

**Interventions et attitudes envers les
patientes victimes de violences
domestiques aux urgences :
Une revue de littérature étoffée**

Travail de Bachelor

Par
Amandine Suchet
promotion 2009-2012

Sous la direction de: Catherine Gasser

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

Le 8 octobre 2012

Résumé

But: déterminer les interventions, les attitudes infirmières et les obstacles se présentant lors d'un dépistage de violences domestiques aux urgences, afin d'améliorer et d'avoir une meilleure prise en charge des femmes victimes d'abus.

Méthode: dix études scientifiques ont été sélectionnées sur des banques de données, comme PubMed, CINAHL ect. Ces études ont ensuite été incluses à la revue de littérature étoffée. Une grille d'analyse a également été utilisée pour les recherches, afin de répartir les résultats par catégorie.

Résultats: créer une atmosphère de confiance en étant empathique, respectueux, à l'écoute, avoir une attitude neutre et être non jugeant sont des attitudes à adopter.

Pour les interventions, il faut apporter du soutien, en guidant les femmes en donnant les noms, adresses et numéros des personnes ou des endroits où elles pourront trouver de l'aide.

La langue, le manque de temps, l'expérience, le manque de compétences et de connaissances sont les principaux obstacles rencontrés.

Le besoin de formation pour les étudiants, de formations complémentaires pour les professionnels, approfondir les connaissances et les compétences sont des besoins cités régulièrement par les professionnelles.

Conclusion: cette revue de littérature apporte aux infirmières de nouvelles pistes d'actions pour la prise en charge des femmes battues lors du dépistage des violences. Elle leur permet aussi de pouvoir cibler au mieux les obstacles présents afin de pouvoir les éliminer rapidement en vue d'une meilleure prise en charge lors des soins.

Mots-clés: Violence domestique, Infirmières, Femmes battues, Soins, Urgences, Attitudes, Barrières, Partenaire intime, Promotion.

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement ma directrice de mémoire, Mme Catherine Gasser, pour la confiance qu'elle m'a accordée, pour son suivi tout au long de ce travail, pour ses corrections, ainsi que pour ses précieux conseils. Elle a su m'aider pour que je puisse pousser ma réflexion et que j'élabore un mémoire pertinent pour la pratique infirmière.

Je remercie très chaleureusement Mmes Marianne Jean-Mairet, Denise Caviezel et Sabrina Pulmettaz pour les corrections et la relecture de mon mémoire.

Pour terminer, je souhaite également remercier mon conjoint, ma famille mes amies et mes collègues qui m'ont encouragée et soutenue tout au long de ce travail.

Table des matières

RESUME.....	2
REMERCIEMENTS.....	3
TABLE DES MATIERES	4
1. INTRODUCTION	6
2. LA VIOLENCE DOMESTIQUE.....	7
LES DIFFÉRENTES FORMES DE VIOLENCE DOMESTIQUE	7
2.1. LES RACINES DE LA VIOLENCE.....	8
2.2. CYCLE DE LA VIOLENCE	9
2.3. LA SPIRALE DE LA VIOLENCE	10
2.4. LES CIRCONSTANCES FAVORISANTES	11
2.5. LES PARTENAIRES VIOLENTS	11
2.6. CONSÉQUENCES DE LA VIOLENCE	12
3. PROBLÉMATIQUE	14
4. OBJECTIFS.....	17
5. CADRES DE REFERENCES	17
5.1. DESCRIPTION DU CADRE DE REFERENCE	17
5.2. CHOIX DES CADRES DE REFERENCES	19
5.3. DESCRIPTION DES CADRES DE REFERENCES.....	19
5.3.1. <i>L'empathie</i>	19
5.3.2. <i>La prévention</i>	22
5.3.3. <i>L'alliance thérapeutique</i>	23
6. METHODOLOGIE	25
6.1. DEVIS DE RECHERCHE : REVUE DE LITTERATURE ETOFFEE	25
6.2. ETAPES DE REALISATION.....	25
7. RESULTATS	31
7.1. DEVOILER ET PARLER DES VIOLENCES.....	32
7.2. LES OBSTACLES	33

7.3.	LES BESOINS DES INFIRMIERES	37
7.4.	LES SENTIMENTS ET LES PERCEPTIONS DES INFIRMIERES.....	40
7.5.	LES ATTITUDES ET LES INTERVENTIONS	43
8.	DISCUSSION.....	50
8.1.	QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE DES ÉTUDES SÉLECTIONNÉES.....	50
8.2.	SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS	51
8.3.	LIENS AVEC LE CARDE DE REFERENCE	55
8.4.	REPOSE A LA QUESTION DE RECHERCHE	57
8.5.	IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE ET LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE ..	58
8.6.	POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES RETENUS LORS DU TRAVAIL	58
9.	CONCLUSION.....	60
9.1.	BESOIN DE RECHERCHES ULTERIEURES.....	60
	BIBLIOGRAPHIE.....	61
	ANNEXES	65
	<i>Annexe A : Déclaration d'authenticité</i>	<i>65</i>
	<i>Annexe B : Grille d'analyse pour une recherche qualitative</i>	<i>66</i>
	<i>Annexe C : Grille d'analyse pour une recherche quantitative.....</i>	<i>69</i>
	<i>Annexe D : Grille d'analyse pour les recherches</i>	<i>72</i>

1. Introduction

Dans notre société occidentale, la problématique des violences domestiques reste malheureusement encore trop souvent un sujet tabou. De plus en plus de femmes sont victimes de ces violences. Celles-ci sont en augmentation et les auteurs sont de plus en plus violents avec leur partenaire. Selon une étude menée par l'OMS (2002) «15 à 71% des personnes interrogées ont témoigné avoir subi des violences corporelles ou sexuelles de la part d'un mari ou d'un partenaire actuel ou ancien » (p.13). Il existe plusieurs formes de violences, comme les violences économiques, psychologiques, verbales, les violences physiques et sexuelles.

Les femmes se sentent seules, isolées. Elles ressentent de la peur, de la honte face à la situation dans laquelle elles vivent. De ce fait, les victimes de violences ne se présentent pas automatiquement dans un service d'urgences après avoir subi des violences. Soit parce que les partenaires restent auprès d'elles, soit parce qu'elles ont peur des répercussions que cette dénonciation pourrait avoir sur l'auteur. Il arrive que les femmes n'aient parfois pas le choix de venir aux urgences. Leur état peut être tellement critique que des soins d'urgences doivent être prodigués pour sa survie.

C'est aux infirmières des urgences de prendre en charge les victimes des violences domestiques. Les infirmières doivent avoir une attitude neutre, non-jugeante, doivent être empathiques et respectueuses, elles doivent avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour bien prendre en charge ces femmes. Les infirmières jouent un très grand rôle lors du dépistage, ce sont elles qui vont permettre aux victimes de parler et d'expliquer ce qu'elles subissent à domicile, elles qui vont rassurer, soutenir et aider les victimes.

Grâce à cette revue de littérature, des pistes d'actions pour les interventions et les attitudes ont été ressorties. Les obstacles présents le plus souvent ont été cités et mis en évidence. Les besoins des infirmières ont été ressortis, ceux-ci restent nombreux et importants, ce qui va demander encore de nombreuses recherches sur le sujet.

2. La violence domestique

Les différentes formes de violence domestique

Selon le Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes du canton de Vaud à Lausanne (2006), les violences économiques, psychologiques et verbales précèdent et accompagnent très souvent les violences physiques et sexuelles. Ces différentes formes de violence se combinent au fil du temps en une escalade de plus en plus dangereuse. De ce fait, plus les violences sont graves et répétées, plus le risque d'homicide augmente. Il existe différentes formes de violences domestiques :

La violence économique : Elle touche aux activités économiques et s'exerce par des comportements de contrôle, de refus de contribuer aux ressources et aux besoins du ménage, d'appropriation de l'argent et des biens et d'exploitation professionnelle. Plus la personne est isolée et dépendante financièrement, plus elle devient vulnérable aux différentes formes de violences.

La violence psychologique : Elle vise la confiance en soi, l'identité personnelle et la force de vie de la femme victime. Elle s'exerce par des comportements de mépris, de dénigrement et d'humiliation. L'auteur des violences fait peur à la victime par du chantage et des menaces. Il la contrôle et la soumet à sa volonté. Il l'isole, restreint sa liberté. Il détruit ses effets personnels, la harcèle. Celui-ci s'attaque à l'enthousiasme de la femme, à sa bonne humeur et à son énergie. Il peut aussi maltraiter les animaux.

La violence verbale : Elle amplifie la violence psychologique et se traduit par des moqueries, des insultes, des cris et des hurlements. Des ordres sont imposés brutalement. La violence psychologique peut aboutir à une situation d'emprise de l'auteur de violence sur la femme victime

La violence physique : Elle affirme la domination de l'auteur. Elle passe par des gifles, des empoignades, des coups et des blessures. Mais elle passe aussi des brûlures, des morsures, des fractures, des étranglements, des séquestrations et des tentatives d'homicides ou des homicides. Dans la plupart des cas, les mauvais traitements physiques sont déguisés en accidents.

La violence sexuelle : Elle vise à dominer la victime dans son intimité. Elle se traduit par des contraintes dans les contacts ou des pratiques sexuelles non consenties. Mais aussi par le viol conjugal ou des tentatives de viol conjugal et à astreindre la femme à des pratiques sexuelles avec des tiers.

2.1. Les racines de la violence

Selon le Bureau de l'égalité et de la famille et la Commission cantonale contre la violence conjugale (2007), les origines de ces abus doivent être recherchées à la fois chez l'individu, dans la famille, la communauté et la société. C'est l'addition de plusieurs facteurs qui expliquent la violence et non pas une cause unique et invariable.

Les facteurs individuels : une construction fragile de l'identité de la personne et des blessures narcissiques, des antécédents de violence en tant que témoin ou victime, la volonté de domination, des troubles psychologiques ou de la personnalité, l'abus d'alcool et/ou de drogues, etc.

Les facteurs relationnels et familiaux : un lourd passé familial, le pouvoir est inégalement réparti au sein du couple, une dépendance affective pouvant aboutir à une volonté de possession, une faible capacité de communication, un refus de négociation, etc.

Les facteurs communautaires : des coutumes et des traditions différentes dans lesquelles les violences domestiques sont tolérées et pratiquées fréquemment, ceci étant considéré comme normal. Il y aussi un isolement, une faible insertion sociale, de la pauvreté ou de l'exclusion, ect.

Les facteurs sociaux : l'exploitation économique, sociale et sexuelle des femmes, la banalisation dans les médias, des systèmes d'éducation répressifs, autoritaires et/ou sexistes.

Selon Gigandet (2002), la violence domestique existe dans toutes les couches sociales et dans toutes les cultures. Toute femme peut un jour ou l'autre être victime de violence.

2.2. Cycle de la violence

Selon le Gouvernement du Québec (2006), le cycle de la violence conjugale se passe en quatre phases : le climat de tension, la crise, la justification et la lune de miel.

Phase 1, le climat de tension : il se traduit par la tension du conjoint qui, par ses paroles et ses attitudes, va réussir à créer un climat de tension au sein de la maison. Il prétextera l'incompétence de sa femme. La conjointe, elle, aura peur. Elle doutera d'elle-même. Elle se sentira anxieuse et incapable d'agir face à cette situation. Elle vivra dans la peur de déplaire à son conjoint et de faire des erreurs.

Phase 2, la crise : l'agression du conjoint viendra du fait qu'il n'a pas pu obtenir les résultats qu'il attendait. Il ne réussira donc plus à se maîtriser et glissera vers des actes de violences verbales, physiques et/ou psychologiques sur sa femme. La conjointe, quant à elle, va parfois ressentir de la colère et une profonde tristesse. Dans cette phase, la victime est humiliée, désespérée, démolie...

Phase 3, la justification : le conjoint sera incommode. Il invalide et minimise son comportement. Il va accuser sa conjointe et se trouver des excuses, afin de pouvoir se déresponsabiliser. La conjointe, à ce moment-là, se sent responsable de la situation et de ce qui lui arrive. Elle exprime souvent le fait que tout est de sa faute. Elle pense pouvoir changer le comportement violent de son conjoint. Plus le cycle va se répéter, plus la victime va croire qu'elle est incompétente et plus elle va se rendre responsable de ce qui lui arrive.

Phase 4, la lune de miel : le conjoint va être en rémission. Il va exprimer ses regrets et faire la promesse de ne pas recommencer. Il devient affectueux et attentionné envers sa compagne. La conjointe va fonder beaucoup d'espoir dans ce comportement. Elle va croire qu'il peut changer, car il est à nouveau affectueux et agréable.

Le cycle de la violence nous permet de mieux comprendre et de pouvoir décrire le phénomène de violence, mais il nous montre également pourquoi les femmes ne réagissent pas face, à leur situation. Elles ne se voient pas comme des victimes car elles sont prises dans un cercle vicieux. Selon Gigandet (2002),

Les conjointes restent pour plusieurs raisons : la peur des représailles, elles doutent d'elles-mêmes et elles espèrent que l'auteur va changer. Il y a aussi la peur des difficultés économiques. Elles ne savent pas à qui demander de l'aide ou ne connaissent pas les ressources à disposition. Ces femmes se sentent coupables de briser leur famille. Elles sont en proie à des sentiments contradictoires et ambivalents. Elles ont honte et se sentent impuissantes. Ce cycle de la violence est destructeur. Une fois connu, il est facilement repérable. Selon la Confédération Suisse (2006), le cycle de la violence recommence encore et encore, avec des phases de plus en plus rapprochées, avec des agressions de plus en plus graves. Si à ce moment-là rien n'est entrepris, il peut aboutir à des blessures irréversibles, voire à l'homicide de la femme.

2.3. La spirale de la violence

Selon Gigandet (2002), l'escalade de la violence est une phase très importante dans la violence domestique, car elle peut conduire la femme à la mort. Sans rupture de ce cercle vicieux, celui-ci va se répéter indéfiniment en se raccourcissant et en s'intensifiant. C'est à ce moment-là que l'on parle d'escalade de la violence. Elle peut être perçue comme une spirale dont la fin peut être la mort de la femme, tant sur le plan physique que psychologique. La rupture, même temporaire, semble le seul moyen pour échapper à cette spirale infernale.

Il existe plusieurs paliers identifiables dans cette spirale. Ce sont les moments où il y a une aggravation. La fréquence de la violence et son intensité augmentent de plus en plus avec le temps. Ce n'est qu'une fois arrivé au bout de la spirale que les paliers peuvent être journaliers. L'auteur a qualifié la violence domestique comme une symbolique de mort.

Le palier de l'intolérable est le seuil au-delà duquel il semble impossible d'aller. Généralement arrivé à ce stade, se présente le masque de la mort. C'est l'échéance ultime. Ce palier varie en fonction de plusieurs éléments comme : l'histoire personnelle, les normes familiales envers la violence, les normes sociales et le degré d'autonomie de la femme. Une fois ce seuil atteint, une stratégie de sortie de la spirale est mise en place, que celle-ci soit de l'ordre de la survie ou de la rupture.

Il existe différents types de ruptures. Il faut savoir que la fuite n'est pas toujours immédiate, ni définitive. L'ambivalence est une des caractéristiques principales de l'espace de rupture. Elle se traduit par des va et vient plus ou moins longs. Certains facteurs vont influencer le choix de rupture et renforcer cette ambivalence. Ces facteurs sont : l'éducation, les valeurs personnelles, l'idéalisation de l'amour, la solitude, les habitudes de vie, la peur de l'inconnu, le sentiment d'impuissance, la dépendance affective et matérielle, le syndrome d'incapacité apprise, le fatalisme, la culpabilité, la pitié du partenaire, ect. Dans certaines situations, l'amour et l'espoir de changements sont le ciment du couple lors des premières séparations. Les pardons permettent de croire que l'on avance vers un idéal familial. Par la suite, l'amour va être remplacé par la peur. Certaines femmes se séparent dès les premières apparitions des violences, d'autres vivent de nombreux cycles avant d'envisager une rupture ou parfois même il est trop tard pour en sortir, car elles en meurent.

2.4. Les circonstances favorisantes

Selon Henrion (2001), quelle que soit la personnalité de l'agresseur, certains facteurs sont reconnus comme déclencheurs, par exemple la jalousie, l'infidélité et le refus de rapports sexuels. Ou encore, la séparation, le divorce, une grossesse, une naissance, les disputes à cause des enfants, une mise au chômage récente, la précarité sociale ou financière. La violence domestique est très souvent associée à certains facteurs comme l'alcool, les drogues, un milieu défavorisé, un conjoint déjà connu pour être violent, la volonté de contrôle du mari, la provocation de la femme et le milieu culturel.

2.5. Les partenaires violents

Selon Henrion (2001), l'homme violent veut que ses proches se conforment et obéissent à ses désirs. Il peut appartenir à toute classe sociale.

Quand on parle d'hommes violents, il faut tenir compte de la violence psychologique et physique. La violence psychologique est un préalable à la violence physique et peut être à l'origine de dégâts considérables. La violence envers sa conjointe n'est pas une maladie mais un comportement souvent appris, qu'il est heureusement possible de changer.

Il existe deux courants de pensées en ce qui concerne les causes du comportement de l'homme violent : les théories féministes, selon lesquelles la violence domestique trouverait son origine dans l'oppression des hommes sur les femmes et les théories selon lesquelles, plusieurs causes seraient au cœur de cette violence. Les premières causes seraient liées à l'apprentissage social de la violence. Les autres causes sont psychologiques, liées à l'insécurité, à l'impulsivité ou à l'immaturation de l'agresseur. Selon Gigandet (2002), certains hommes violents présentent des problèmes psychiatriques mais ceux-ci font partie d'une minorité des cas. L'homme exprime un rapport de domination par la violence. Souvent, il trouve légitime de dominer sa femme et estime que ses désirs sont des droits. Il utilise la violence pour discipliner sa partenaire, l'obliger à accepter des choses qu'elle refuse, la forcer à se comporter autrement qu'elle aimerait et par la même occasion, la priver de sa liberté. L'utilisation de la violence est un choix, car chacun peut ressentir des désirs de violence sans pour autant passer à l'acte. Celui qui passe à l'acte est seul responsable de ses gestes et de sa conduite. Dans la plupart des cas les hommes violents à la maison sont des hommes charmants à l'extérieur. Ils se comportent de manière agréable, lorsqu'ils se trouvent en société, ils peuvent être manipulateurs pour cacher leur véritable visage.

2.6. Conséquences de la violence

Selon Campbell (2002), la violence domestique est associée à des conséquences négatives pour la santé des femmes, à long terme des séquelles physiques et psychologiques apparaîtront. Campbell décrit des conséquences négatives pour la santé suite aux violences domestiques telles une baisse de l'estime de soi, une destruction du bien-être et une dégradation de la santé. Les violences entraîneraient encore des blessures physiques, du stress, des douleurs chroniques, de la dépression, du stress post-traumatique, des troubles psychiatriques, des maladies sexuellement transmissibles, des symptômes gastro-intestinaux et problèmes gynécologiques.

Selon la Confédération Suisse (2006), les enfants sont dans de rares cas épargnés par la violence qui règne au sein du milieu familial. Qu'ils soient témoins directs ou indirects, ils souffrent et sont fragilisés. Ils peuvent présenter

des troubles comme : des sentiments d'insécurité, des angoisses, un sentiment de culpabilité, des troubles du sommeil ou de l'alimentation, des difficultés d'apprentissage ou relationnelles. Dans la plupart des cas, ils aimeraient pouvoir intervenir et jouer un rôle protecteur pour la victime. Ils ne peuvent pas dénoncer la violence car ils sont habités par des sentiments contradictoires pris dans des conflits de loyauté entre leurs deux parents. Dans ces cas-là, les enfants risquent de développer un haut niveau de tolérance à la violence.

3. Problématique

La violence domestique touche de plus en plus de femmes, avec des conséquences très dangereuses voire mortelles pour certaines d'entre elles. Plusieurs recherches ont montré que la prise en charge des femmes se présentant aux urgences suite à des violences est difficile. Ceci pour plusieurs raisons comme par exemple : le manque de temps, de connaissances, de formation ou tout simplement car l'infirmière pense manquer de preuve. Par cette revue de littérature étoffée, les interventions infirmières existantes pour le dépistage des violences domestiques seront mises en avant tout comme les obstacles qui se présentent lors de celui-ci. Voici quelques définitions et chiffres pour voir quelles ampleurs prennent les violences domestiques dans notre société et dans le monde. La violence domestique est un sujet tabou et est parfois encore banalisé.

Selon Gigandet (2002), la violence domestique comprend beaucoup de mythes comme par exemple :

La violence domestique est un problème d'ordre privé. La violence n'existe que dans les classes sociales défavorisées. Les femmes battues aiment ça, sinon elles partiraient. Les femmes cherchent et provoquent la violence. Aider les femmes battues ne sert à rien, elles y retourneront. Ce n'est pas n'importe quelle femme qui est battue. Ou encore, les femmes provoquent la violence. Si elles sont maltraitées, c'est qu'elles ont négligées leur devoir d'épouse et de mère ou qu'elles se sont comportées de façons à mériter la violence (pp. 7-8).

Ces mythes schématisent les comportements des hommes autant que ceux des femmes et permettent de nier la réalité. Les mythes mettent de côté le fait que la violence est un phénomène social. Ils la légitiment et la banalisent. Ils engendrent de la honte, de la culpabilité et du déni mais en aucun cas, ils n'arrêtent la violence, ni même permettent la compréhension des mécanismes. Les mythes poussent au silence et à l'isolement des femmes. Ils évitent aux hommes de se sentir responsables de leurs actes. Ils incitent les femmes à accepter les explications, les excuses et les promesses de changement venant de l'homme.

Selon l'OMS (2011), les Nations Unies définissent la violence à l'égard des femmes de la façon suivante :

Tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée (p.1).

Selon une étude menée par l'OMS (2002) dans dix pays, et portant sur la santé des femmes et les violences domestiques, 15 à 71% des personnes interrogées ont témoigné avoir subi des violences corporelles ou sexuelles de la part d'un mari ou d'un partenaire actuel ou ancien.

L'OMS estime les décès liés à ces violences domestique à 815'000 personnes, soit par suicide, soit par homicide ; le danger se trouve à l'intérieur du foyer et non pas à l'extérieur. 5,6 % de la population française a été concernée par les violences physiques ou sexuelles au cours des années 2005 et 2006. 930'000 victimes ont subi des violences physiques. Elles ont été agressées par une personne extérieure au cercle familial. 820'000 personnes l'ont été à l'intérieur de leur famille. Les violences domestiques restent de moins en moins dans l'intimité du couple. Durant l'année 2007, en France, plus de 45'000 cas de violences volontaires sur des femmes majeures venant de leur conjoint ou ex-conjoint ont été déclarés à la police contre plus de 35 000 en 2004. On constate alors une hausse d'environ 31.1%. Il y a donc une recrudescence des actes de violence depuis dix ans. Cette augmentation est aussi liée à un changement d'attitude venant des femmes. Elles ne se voient plus comme des victimes, grâce aux campagnes de prévention qui tiennent un grand rôle dans cette expansion. Sur l'ensemble des années 2003 et 2004, en France métropolitaine, une femme décède en moyenne tous les 4 jours des suites de violences domestiques, contre un homme tous les 16 jours. Les femmes sont plus touchées par les violences domestiques que les hommes. Une femme sur deux subit des violences contre seulement un homme sur cinq. Environ un décès sur dix est le résultat de coups portés sans intention de vouloir donner la mort. Tant que le couple reste formé, il y a moins de risque de décès. La séparation est clairement une période critique puisque la mort intervient dans 31 % des cas. Les actes d'homicides commis par des anciens conjoints sont un phénomène

régulièrement masculin, qui a toujours pour intention la volonté, de donner la mort.

Selon la Confédération Suisse (2006), 1 femme sur 5 subit des violences physiques ou sexuelles de la part de son conjoint au cours de sa vie et 2 femmes sur 5 sont victimes d'atteintes psychologiques. Les violences domestiques sont décrites comme l'exercice ou la menace d'une violence au sein d'un couple ayant une relation actuelle ou passée, qu'il soit marié ou non, entre parent et enfant ou entre personnes ayant d'autres liens de parenté. L'évolution des infractions de violences domestiques montre une tendance à la baisse de 2010 à 2011. Un total de 15'768 infractions de violences domestiques a été recensé en 2010 et 15'061 en 2011 ce qui montre une baisse de - 4%. D'autres catégories d'infractions ont connu une baisse, comme les lésions corporelles simples - 4%, la mise en danger de vie - 43%, les actes sexuels sur des personnes dépendantes - 33% et les contraintes sexuelles - 14%. Certaines catégories ont connu une augmentation, comme les tentatives d'homicides + 27%, les lésions corporelles graves + 14%, les injures + 10% et l'incitation ou l'assistance au suicide + 23%. (Confédération Suisse, Statistique policière de la criminalité (SPC), Rapport annuel 2011)

Une enquête a constaté que la violence domestique se manifeste à travers toutes les cultures et tous les groupes socio-économiques. (Walby & Allen, 2004, cité par Olive, 2007). Il est faux de croire que la violence domestique, se produit essentiellement dans les couches inférieures de la société. Il n'y a pas que les classes défavorisées qui sont touchées. Il est important de tenir compte de toutes les formes de violences domestiques quel que soit l'âge, la race, la culture et la classe sociale (Echarte Pazos et al., 2010).

Les questions suivantes se posent clairement pour les infirmières : quelles sont les interventions à mettre en place pour effectuer un bon dépistage des violences domestiques afin de ne pas passer à côté et comment franchir les obstacles se présentant pour être efficace et pour pouvoir apporter de l'aide et du soutien aux victimes de violences.

4. Objectifs

Le but de cette revue de littérature étoffée est de déterminer les interventions infirmières les plus efficaces afin de pouvoir créer une alliance thérapeutique en vue d'établir une relation de confiance et de définir les obstacles au moment du dépistage des violences domestiques dans un service d'urgences.

5. Cadres de références

Selon Loïse (2007), « le cadre est la base conceptuelle d'une étude » (p.161). C'est un fil conducteur pour le travail et il permet de guider les recherches. De plus, il va être aidant au moment de l'analyse des résultats et c'est un support pour la discussion.

5.1. Description du cadre de référence

Selon Bandura (1980), cité par Rondier (2003), le sentiment d'efficacité personnelle est un concept qui s'inscrit dans le cadre de la théorie sociocognitive. Le fonctionnement et le développement psychologique doivent être compris en intégrant trois facteurs en interaction : le comportement, l'environnement et la personne. Ceux-ci s'influencent mais n'ont pas toujours le même impact. Bandura parle alors de causalité triadique réciproque. Cette théorie permet de considérer les individus comme des agents actifs de leur propre vie. Les individus exercent un contrôle et une régulation de leurs actes. Les individus ont la capacité d'anticiper et d'ajuster leurs actes. Ce phénomène s'appelle « la notion d'agentivité ».

Comme nous le rappelle Rondier (2003) :

Le sentiment d'efficacité personnelle désigne les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières. Il contribue à déterminer les choix d'activité et d'environnement, l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'il s'est fixé, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'il éprouve lorsqu'il rencontre des obstacles. Il existe des sources du sentiment d'efficacité personnelle qui permettent de le construire et de le modifier (p. 475) :

L'expérience active de maîtrise est une des sources qui influence la croyance en l'efficacité personnelle car elle est fondée sur la maîtrise personnelle des tâches à mettre en pratique. Plus une personne vivra un succès lors de l'essai d'un nouveau comportement donné, plus elle sera amenée à croire en ses capacités personnelles pour mettre en pratique le comportement qui lui est demandé. Lorsque le succès n'est pas présent et qu'il laisse place à l'échec, le sentiment d'efficacité personnelle va se voir diminuer.

L'expérience vicariante appelée aussi l'expérience indirecte, se traduit en un apprentissage qui repose sur le phénomène des comparaisons sociales, en d'autres termes sur l'observation. Le fait d'observer des pairs vivre sans dispute une situation jugée préalablement conflictuelle peut alors influencer et renforcer la croyance des observateurs en leur capacité de réussir. Dans une situation contraire, l'observation de l'échec d'un pair peut remettre en doute sa propre efficacité.

La persuasion verbale indique qu'à travers des suggestions, des conseils, des interrogations et des avertissements, les individus peuvent être amenés vers la croyance qu'ils possèdent la capacité pour effectuer avec succès le comportement qui auparavant les embarrassait. Les croyances générées de cette façon ont une ampleur généralement faible lorsqu'elles sont utilisées seules, compte tenu du fait que les individus ne sont pas amenés à vivre cette expérience. Les résultats peuvent être influencés par certains facteurs comme l'expertise, la crédibilité et l'attrait exercé par la personne.

Les états physiologiques et émotionnels jouent un rôle dans le sentiment de l'efficacité personnelle. Quand un individu associe un état émotionnel aversif, comme l'anxiété, avec une faible performance d'un comportement demandé, ceci peut provoquer des doutes en ce qui concerne ses compétences personnelles à accomplir ce comportement et ainsi le conduire à l'échec. Par contre, les individus seront plus préparés à croire au succès, s'ils ne sont pas gênés par un état aversif.

Ces quatre sources d'information permettent aux personnes d'acquérir un certain degré d'efficacité personnelle pour un comportement donné.

5.2. Choix des cadres de références

Des cadres de références infirmiers comme l'empathie, la prévention de la santé et l'alliance thérapeutique sont en adéquation avec la question de recherche de cette revue de littérature car ils touchent pour l'empathie, aux attitudes à adopter envers les femmes victimes. La prévention de la santé sera ciblée au niveau secondaire et tertiaire. Ce choix s'explique par le fait qu'au niveau secondaire il faudra agir sur le début de cette violence et d'empêcher que des troubles n'apparaissent afin de s'opposer à son évolution ou faire disparaître les facteurs de risque. Au niveau tertiaire, le but sera d'intervenir dans un stade où il est nécessaire de diminuer la prévalence des récidives ainsi que de réduire les complications ou les rechutes dans le cycle de la violence domestique. Pour l'alliance thérapeutique, je pense que lors de cas de violences domestiques il est primordial de réfléchir en équipe pluridisciplinaire sur la problématique de savoir comment mettre en place une alliance thérapeutique de qualité avec les personnes. Ceci permettra alors de peut être aider la victime à se sentir en confiance et en sécurité et ainsi lui permettre de dévoiler son si lourd secret et de l'aider dans ses démarches d'acceptation.

5.3. Description des cadres de références

5.3.1. L'empathie

Les controverses autour de l'empathie se focalisent généralement sur deux objets :

- la place des affects dans la relation empathique
- la place de l'empathie dans une relation thérapeutique et plus précisément, dans la relation entre le soignant-soigné.

Du point de vue de Rogers (2004),

« être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si » (p. 154).

Définition de l'empathie par Jacques Lecomte tiré de l'ouvrage « Introduction à la psychologie positive » (2009) :

L'empathie désigne la capacité de se mettre à la place d'autrui, de se représenter ce qu'il ressent et/ou pense. Ressentir – Penser : ce sont là les deux facettes essentielles de l'empathie, l'une émotionnelle, l'autre cognitive. Certains auteurs en rajoutent une autre, la dimension comportementale (p.1).

Il décrit l'empathie sous six formes : l'empathie émotionnelle, cognitive, comportementale, dans la vie quotidienne, en psychothérapie et éclairée par la neuropsychologie.

L'empathie émotionnelle est une réaction en général automatique et non intentionnelle. Lorsque nous nous retrouvons face à une personne qui souffre, nous sommes nous-mêmes affectés. Nous éprouvons dans la plupart des cas un sentiment désagréable. L'empathie émotionnelle se manifeste prématurément puisque dès les premières heures de la vie, les nouveaux nés réagissent à la détresse de congénères en pleurant.

L'empathie cognitive est la capacité de se représenter les états mentaux d'autrui. Les psychanalystes parlent de « mentalisation » et les cognitivistes de « théorie de l'esprit ».

L'empathie comportementale n'est pas intégrée par tous les spécialistes dans le concept de l'empathie. Lorsque ceux-ci le font, le terme renvoie à un processus de « mimétisme comportemental ». Il arrive très souvent que durant une conversation entre deux individus, l'un imite les gestes et postures de l'autre sans s'en rendre compte. Ceci ressort particulièrement souvent chez les personnes qui entretiennent de bonnes relations entre elles.

L'empathie dans la vie quotidienne constitue un pilier essentiel sur lequel reposent nos relations sociales quotidiennes.

L'empathie « implique de "s'ouvrir" à l'autre, de lui permettre d'exister dans notre espace de représentation privée comme un vrai Autre. Le lien empathique produit une confirmation de l'existence de l'autre. » . (Favre, 2007, cité par Lecomte, 2009).

L'empathie en psychothérapie : parmi les divers courants psychologiques, c'est la psychologie humaniste de Rogers qui a été la plus attentive à ce concept.

Selon Carl Rogers (1968), l'empathie constitue l'une des trois attitudes fondamentales que doit adopter le thérapeute. À côté de cela, il doit aussi adopter la considération inconditionnelle et l'authenticité pour arriver à faciliter le développement des patients. Il faut faire tout notre possible pour ressentir et penser ce que vit l'autre, tout en restant lucide sur le fait que ceci n'est jamais totalement possible.

L'empathie éclairée par la neurophysiologie : Lorsqu'une personne observe l'état émotionnel d'une autre cela active des parties du réseau neuronal qui traitent ce même état en elle-même. Une des fonctions majeures des neurones miroir est de faciliter l'empathie.

Selon Forsyth et al., (1999), on peut améliorer la réalité à l'aide d'une analyse rigoureuse des phénomènes identifiés dans la pratique infirmière au quotidien. Pendant très longtemps, le concept de l'empathie a été considéré comme un concept très important au sein de la pratique des soins infirmiers. L'empathie est généralement présentée en début de programme d'études comme étant une approche dans la relation entre l'infirmier et le patient.

Selon Forsyth et al., (1999), il existe une liste de critères pour désigner en l'occurrence l'empathie.

- ❖ l'empathie a lieu en état de conscience
- ❖ l'empathie sous-entend la relation
- ❖ l'empathie signifie la validation de l'expérience
- ❖ la compréhension empathique se produit à différents degrés d'exactitude
- ❖ l'empathie a des dimensions temporelles limitées à l'instant présent
- ❖ l'empathie nécessite de l'énergie qui varie en intensité
- ❖ l'empathie implique l'objectivité
- ❖ l'empathie exige d'être exempte d'un jugement de valeur ou d'une évaluation (p.52)

Ces critères indiquent les conditions qui doivent être présentes pour s'assurer qu'une attitude d'empathie est en train de se produire. Lorsqu'un cas ressemble à celui de l'empathie mais qu'il ne remplit pas les critères, il est alors logique de conclure qu'il s'agit d'un cas voisin. Cette subtilité aide beaucoup pour avoir une meilleure définition du concept de l'empathie.

Dans l'analyse de l'empathie, il est important de ne pas mettre de côté les concepts voisins car il peut y avoir des répercussions sur l'efficacité des relations en termes de résultats thérapeutiques. Il est alors important de faire la différence entre l'empathie et ses concepts voisins qui sont : la sympathie, la pitié et la compassion.

L'empathie se diffère de la sympathie par deux processus qui s'excluent mutuellement : dans le cas de la sympathie, le sujet est absorbé par ses propres sentiments au moment où il se projette sur les problèmes. Cela évite la compréhension de l'autre, qui se voit privé de son propre sentiment d'existence. On peut considérer la pitié comme une profonde sympathie. La pitié abaisse ou diminue la qualité humaine de l'autre. Ce concept voisin n'est pas vu comme un sentiment positif qui permet le développement.

La compassion sous-entend la tristesse ou la pitié suscitée par la détresse ou la malchance de l'autre.

5.3.2. La prévention

La prévention va permettre de réduire les facteurs de risques en déterminant les groupes à risque, en utilisant des outils de dépistage et en mettant en place des dispositifs d'informations afin de favoriser une meilleure connaissance. (Quinodoz, 2007).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (1948) « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps »

Il faut distinguer trois types de prévention selon l'OMS (1948), cité par le Ministère de la santé dans le Rapport de Flajolet (s.d).

La prévention primaire : ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention, les conduites individuelles à risque, comme les risques en terme environnementaux ou sociaux (p.1).

La prévention secondaire : « vise à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de

l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque » (p.2).

La prévention tertiaire : « intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie » (p.2).

5.3.3. L'alliance thérapeutique

Selon Freud (1937), l'alliance thérapeutique est un pacte avec l'ego du patient, un contrat psychologique entre le patient et le personnel soignant.

Dans le but d'établir un lien avec le concept de l'empathie et Rogers, je vais reprendre sa définition.

Selon Rogers (1957), l'alliance thérapeutique est la perception, par le patient, de la capacité d'empathie de l'infirmière, qui influence le travail thérapeutique donc la relation de confiance.

L'alliance thérapeutique va être la base de la collaboration entre la patiente et l'infirmière. Elle se compose au moins de quatre aspects fondamentaux :

- la négociation : pour être d'accord avec nous
- la mutualité : afin d'être coordonné
- la confiance
- l'acceptation plus ou moins implicite d'influencer (soignant) et de se laisser influencer (patiente) (p.66).

Selon Gaston (1990), cité par Despland (2000), une approche multidimensionnelle a été construite sur quatre facteurs considérés comme indépendants :

- ❖ « l'alliance de travail basée sur la capacité de patient à travailler dans la thérapie
- ❖ l'alliance thérapeutique définie comme le lien affectif du patient au thérapeute
- ❖ la compréhension et l'engagement affectif du thérapeute pour le patient
- ❖ l'entente entre le patient et le thérapeute sur les tâches spécifiques liées au déroulement du traitement et sur les buts généraux de celui-ci » (p.2).

L'alliance thérapeutique est actuellement le meilleur facteur prédictif connu des effets thérapeutiques de très nombreuses formes de traitements.

La construction de l'alliance est influencée par plusieurs paramètres. Une question ressort souvent : est-ce que l'alliance est liée aux caractéristiques du patient ou est-ce qu'il s'agit d'un phénomène interpersonnel ? Il est aussi intéressant et nécessaire de s'interroger sur la manière dont le thérapeute peut activement participer à la construction de cette alliance.

La phase la plus critique correspond à l'essor de l'alliance lors des tous premiers entretiens. Celle-ci est associée au climat affectif qui règne entre les deux personnes. Le patient peut alors ressentir le thérapeute comme très soutenant et capable de porter ses difficultés.

Au cours du traitement, l'alliance peut être fluctuante. Le sentiment qu'a le patient d'un travail commun pour lutter contre ses difficultés apparaît. Il se confirme qu'en cours de traitement cela n'est pas un phénomène passif ou secondaire mais que l'alliance obéit à des cycles dynamiques. L'alliance peut se trouver attaquée puis restaurée grâce à l'implication et au travail du thérapeute.

Il existe des facteurs qui influencent l'alliance comme les caractéristiques du patient, celles du thérapeute et les techniques utilisées par celui-ci. Les caractéristiques psychologiques du patient ont autant d'impact sur l'alliance que ses caractéristiques interpersonnelles.

Le fait que les entretiens soient fixés de manière régulière, que le thérapeute s'engage, qu'il clarifie les règles et la structure du traitement, facilitent la construction d'une bonne alliance. Celle-ci pourrait être renforcée par la chaleur, la bienveillance, la compétence et le respect du thérapeute pour le patient.

6. Méthodologie

6.1. Devis de recherche : revue de littérature étoffée

Selon Loïse (2007), la réalisation d'une revue de littérature étoffée permet de rédiger un compte-rendu des connaissances sur une problématique de recherche, d'écrire un inventaire des connaissances sur un sujet intéressant pour la pratique infirmière. Mais elle permet aussi de mettre en avant ce qui a déjà été étudié jusqu'à maintenant. Elle montre la pertinence et la fiabilité des études déjà effectuées, ainsi que les manques qui demeurent. La revue de littérature étoffée est un excellent résumé de l'état des connaissances qui touche à des questions de recherche ou à un problème. Elle permet de se tourner vers l'avenir en émettant d'autres questionnements ou problématiques. De ce fait, cela montre qu'il est important de travailler sur de nouvelles études. Celles-ci permettent de faire des mises au point afin d'améliorer la pratique infirmière. Les résultats permettent de proposer des pistes d'actions aux patients ou aux infirmières. Ces pistes d'actions sont fondées sur des preuves de manière à pouvoir améliorer la prise en charge.

6.2. Etapes de réalisation

Pour répondre au questionnement de cette revue de littérature étoffée des mots-clés et des concepts ont dû être définis afin de pouvoir effectuer de nombreuses recherches sur les bases de données. Ma principale base de donnée a été la suivante : PubMed. Il faut savoir que PubMed est le principal moteur de recherches de données bibliographiques en ce qui concerne le domaine de la biologie, la médecine mais surtout les soins infirmiers. Mes recherches dans les bases de données ont été faites durant la période de mars 2011 à juillet 2012.

Dans un premier temps, une détermination de Mesh-Terms et de mots-clés a été effectuée ce qui m'a permis de cibler mes recherches dans les bases de données. Celle-ci m'a facilité le travail pour trouver une multitude d'articles concernant ma thématique. La consultation des références de plusieurs articles

ou études m'ont permis de retenir des recherches intéressantes pour ma revue de littérature.

Mesh-Terms et mots-clés utilisés pour la recherche dans les bases de données

[Attitudes]	[Attitudes]
[Barrières]	[Barriers]
[Femmes battues]	[Battered womens]
[Infirmières]	[Nurses]
[Partenaire intime]	[Intimate partner]
[Promotion]	[Promotion]
[Soins]	[Nursing]
[Urgences]	[Emergency]
[Violence domestique]	[Domestic violence]

Pour pouvoir cibler des études pertinentes et judicieuses à intégrer dans ma revue, il a fallu inclure des critères d'inclusions et d'exclusions.

Les critères d'inclusions sont les suivants :

- Les articles sont en français et en anglais pour des raisons de compréhension
- Le dépistage de violences domestiques se fait dans un service d'urgences
- Les interventions infirmières lors d'un dépistage de violences domestiques
- La population cible est celle des infirmières. Un élargissement de la population a dû être effectué au vu des articles trouvés avec des infirmières en soins de périnatalité puis par la suite la population des femmes victimes, en raison d'éléments importants qu'elles pouvaient amener à ma revue, pour les interventions à pratiquer mais aussi pour les obstacles se présentant lors du dépistage
- Les attitudes à adopter lors de discussion avec des femmes victimes
- Les obstacles freinant le dépistage des violences domestiques
- Les journaux de santé ou soins infirmiers

Les critères d'exclusions sont les suivants :

- Les études autres qu'en français ou en anglais pour des raisons de compréhension
- Les études publiées avant 2000
- Les études qui comprenaient des victimes de sexe masculin

Remarque : Une étude a été intégrée à ma revue de littérature étoffée, celle-ci est moins récente, elle date de 1997. Je souhaite cependant la conserver en vue de sa pertinence.

Une fois les recherches terminées, une lecture des résumés a été faite. Dix études ont été retenues pour leur pertinence et ont donc été incluses dans ma revue de littérature. Leurs pertinences ont été évaluées grâce à des grilles d'analyses critiques. Après avoir traduit les articles retenus de l'anglais au français, ceux-ci ont été analysés et synthétisés dans une grille d'analyse. (Cf : *Annexe D*). Celle-ci a permis de faire ressortir les différentes interventions ainsi que les différents obstacles de façon à les catégoriser de manière plus simple dans les résultats. Les cadres de références seront mis en lien avec les résultats dans la discussion.

Des stratégies de recherches ont été utilisées pour me permettre de trouver des articles sur les bases de données PUBMED, Medline ou autres. Des termes "Mesh" et mots-clés ont été utilisés afin d'affiner les recherches et de définir les thèmes.

Stratégie 1

PubMed:

Mots-clés mis directement sur la barre de recherche PUBMED: "intimate partner violence and battered women and attitudes"

Critère de date de publication 10 ans

→ Résultats : 102 articles trouvés dont 1 a été retenu

- Häggblom, A., Möller, A.R. (2006). On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse. *Qualitative Health Research*, 16 (8), 1075-1090.

Stratégie 2PubMed:

Mots-clés mis directement sur la barre de recherche PUBMED: “barriers and domestic violence and nurse”

Critère de date de publication 10 ans

→ Résultats : 39 articles trouvés dont 1 a été retenu

- Smith, J., Rainey, S., Smith, K., Almares, C., & Groog, D., (2008). Barriers to the Mandatory Reporting of Domestic Violence Encountered by Nursing Professionals. *Journal of Trauma Nursing*, 15 (1), 9-11.

Stratégie 3PubMed:

Mots-clés mis directement sur la barre de recherche PUBMED: “domestic violence and battered women and emergency”

Critères de date de publication 10 ans

→ Résultats : 66 articles trouvés dont 1 a été retenu

- MacMillan, H.L., Wathen, C.N., Jamieson, E., Boyle, M.H., Shannon, H.S., Ford-Gilboe, M., Worster, A., Lent, B., Coben, J.H., Campbell, J.C. & McNutt, L-A. (2009). Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings. *The journal of the American Medical Association*, 302 (5), 493-501.

Stratégie 4Medline:

Mots-clés: “domestic violence and promotion and nurse”

→ Résultats: 10 articles trouvés dont 1 a été retenu

- Woodtli, A. (2001). Nurses' Attitudes Toward Survivors and Perpetrators of Domestic Violence. *Journal of Holistic Nursing*, 19 (4), 340-359.

Stratégie 5Online Librery Wiley:

Mots-clés: “domestic violence and promotion and nurse”

→ Résultats: 2807 articles dont 1 a été retenu

- Brykczynski, K. A., Crane, P., Medina, C. K. & Pedraza, D. (2009). Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 143-152.

Stratégie 6

CINAHL

Mots-clés: "domestic violence attitudes and nurses"

Restriction années de publication : 2005-2012

→ Résultats : 7 articles dont 2 ont été retenus

- Goldbalatt, H., (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 1645-1654.
- Natan, M.B. & Rais, I. (2010). Knowledge and Attitudes of Nurses Regarding Domestic Violence and their Effect on the Identification of Battered Women. *Journal of Trauma Nursing*, 17 (2), 112-117.

Stratégie 7

CINAHL

Mots-clés: " domestic violence battered women and nurse"

→ Résultats: 57 articles dont 1 a été retenu

- Rhodes, K., Frankel, R., Levinthal, N., Prenoveau, E., Balley, J. & Levinson, W. (2007). "You're Not a Victim of domestic Violence, Are You?" Provider-Patient Communication about Domestic Violence. *Annals of Internal Medicine*, 147 (9), 620-628.

Stratégie 8

Littérature grise depuis Google :

Mots-clés : "domestic violence and emergency and nursing"

- Hayden, S., Barton, E. & Hayden, M. (1997). Domestic Violence in the emergency department: How do women prefer to disclose and discuss the issues? *The Journal of Emergency Medicine*, 15 (4), 447-451.

Stratégie 9Littérature grise depuis Google :

Mots-clés: "domestic violence barriers and nurse"

- Furniss, K., McCaffrey, M., Parnell, V., & Rovi, S. (2007). Nurse and Barriers to screening for Intimate Partner Violence. *Nurses*, 32 (4), 238-243

Stratégie 10

Cette stratégie a consisté à me référer à des articles dans la bibliographie des autres études puisque pour les trouver il a fallu aller les chercher sur PUBMED ou sur le site de recherche Google.

→ Résultats : 1 article a été retenu selon cette stratégie.

- Echarte Pazos, J.L., León Bertrán, N., Puente Palacios, I., Laso De La Vega Artal, S., Díez Fuentes, E. & Martínez Izquierdo, M. T. (2010). Improving emergency care for battered women. *Emergencias*, 22, 193-198.

7. Résultats

Cette revue de littérature étoffée est mixte car elle comprend dix études dont six quantitatives et quatre qualitatives. Dans les six quantitatives, plusieurs devis sont présents : une étude randomisée contrôlée, une étude de cohorte prospective, une étude transversale puis deux enquêtes descriptives. Pour les qualitatives, il y a trois études phénoménologiques et une étude basée sur la théorisation ancrée. La plupart de celles-ci ont reçu l'aval d'une commission éthique, huit plus précisément. Pour les deux autres, rien n'est clairement indiqué dans l'étude. Six études ont été menées aux Etats-Unis (Amérique du Nord, Amérique du Sud et Canada) deux autres en Europe (Espagne et Suède) et les deux dernières en Israël. Les études de cette revue ont été réalisées entre 2001-2010 sauf une, qui date de 1997, que j'ai gardé pour sa pertinence. Toutes les études étaient en anglais. Les auteurs sont crédibles, car ils ont effectué des recherches en sciences infirmières et non pas des recherches médicales ou psychologiques. Les infirmières ont un bon niveau de formation dans la recherche. Pour les études ayant pour population les femmes victimes, deux d'entre elles ont un échantillon plus grand que 100 participantes. Chacune des participantes aux études sont victimes. Elles ont subies ou subissent encore actuellement des violences domestiques. Pour celles ayant pour population les infirmières, deux études ont un échantillon plus grand que 100 participantes et une possède 100 participantes. Pour les quatre restantes il est en dessous de 50 participantes. Les infirmières participantes aux études ont ou travaillent toujours dans un service où elles sont en contact avec des femmes ayant subies des violences. La moyenne d'âge n'est pas donnée dans toutes les études. Dans le cadre de deux études, l'âge pour les femmes victimes a été donné : il est de 34 ans d'âge moyen et de 16 à 69 ans. En ce qui concerne les infirmières ils ne se sont pas basés sur l'âge mais sur les années d'expériences dans ce domaine de soins. Les années d'expériences rapportées par les études étaient de 2-33 ans, de 1-25 ans ou d'une expérience en moyenne de 13 ans. Une étude rapporte l'âge des infirmières qui était de 22 à 64 ans. Toutes les études recensées évaluent les dépistages des violences domestiques dans les milieux de soins des urgences ou en périnatalité. Les obstacles qui se dressent

lors de ceux-ci et les interventions que les infirmières doivent mettre en place pour un bon dépistage. Toutes ces études ont un même but : Diminuer les violences domestiques par un bon dépistage de la part des infirmières.

Une première étude évalue à qui les femmes victimes sont le plus sujettes à dévoiler et à parler des violences subies. Deux études mettent en évidence les obstacles se présentant lors du dépistage et les interventions à mettre en place pour les surmonter. Six études se penchent sur les perceptions, attitudes, rôles et besoins des infirmières dans ces situations. La dernière quand à elle, s'est penchée sur le suivi des femmes victimes.

En fonction des différents axes étudiés dans ces dix études, les résultats ont pu être classifiés en cinq catégories : dévoiler et parler des violences, les obstacles, les besoins des infirmières, les sentiments et les perceptions des infirmières et pour terminer, les attitudes et interventions infirmières.

7.1. Dévoiler et parler des violences

Je commencerais ma partie « résultats » par ce chapitre. Il me permet d'intégrer à mes résultats les femmes victimes d'abus et non pas les infirmières. Ce chapitre va permettre de mettre en avant les professionnels les plus sollicités lors de divulgations des violences, c'est-à-dire ceux à qui les victimes feront le plus confiance pour divulguer leurs souffrances.

Dans leur enquête descriptive Hayden, Braton & Hayden, (1997) ont examiné les femmes se présentant aux urgences pour des violences afin d'identifier quelles sont les meilleures façons d'identifier et de parler des violences et avec quels professionnels les femmes se sentent le plus à l'aise. Les résultats sont les suivants : 72% des femmes se disent être plus confortables de discuter et de répondre aux questions avec des femmes professionnelles de la santé. 74% des femmes victimes touchées actuellement ou dans le passé se sentent plus à l'aise de parler à des femmes. 36% des femmes victimes actuelles ou passées sont d'accord de révéler des violences seulement si la question est posée directement. 25% se porteraient volontaires à répondre spontanément à ces questions. 11% seulement ne divulgueraient pas des violences même si la question est demandée directement. 32% des victimes actuelles ou passées se sentent à l'aise de parler des violences domestiques avec un médecin des

urgences, 40% avec une infirmière des urgences, 24% avec l'infirmière du triage, 27% avec une assistante sociale. 8% des femmes ne veulent pas parler des violences subies, 35% ne parlent pas des violences si elles savent que celles-ci sont signalées selon la loi obligatoire et 21% ne parlent pas des violences même si celles-ci ne sont pas dénoncées. Il en ressort clairement que les victimes sont plus à l'aise avec des professionnelles du sexe féminin qui sont majoritairement des infirmières des urgences.

Après avoir lu les résultats de l'étude précédente, il est mis en évidence que les femmes battues se confieraient plus facilement aux infirmières des urgences avec un taux de 40%. Il est alors important de connaître les attitudes ainsi que les interventions à adopter et à mettre en place de manière à pratiquer une bonne prise en charge. Voici donc les attitudes et interventions infirmières les plus ressorties des autres études analysées.

7.2. Les obstacles

Les obstacles sont fréquents lors du dépistage de violences domestiques. Ils sont présents autant chez les victimes que chez les infirmières. Ceux-ci bloquent les femmes lors de la divulgation de violences et empêchent les infirmières d'intervenir dans ces situations qui peuvent devenir dramatiques si rien n'est entrepris.

Les infirmières ont relevé que le fait de vivre dans une petite communauté et d'être connue de tout le monde peut être une barrière pour la divulgation de la violence. Les femmes battues ressentent souvent un sentiment de honte et de culpabilité, elles se sentent coupable de cette violence. Le fait de se sentir coupable est aussi un obstacle car ceci permet de cacher l'abus. Elles se sentent responsables de leur situation. Elles ne parlent pas des abus par peur d'être montrées du doigt et d'être jugées. Ces femmes sont épuisées par leurs situations ce qui fait qu'elles peuvent dissimuler les violences qu'elles subissent. Les infirmières relèvent aussi que le fait d'être jeune diplômée est un obstacle. Non pas parce qu'elle ne dépisterait pas la violence mais plutôt parce qu'elle ne verrait que les cicatrices et les marques que la femme présente et pas celle qui se cache derrière avec une possible souffrance psychologique. Une formation serait nécessaire pour pouvoir passer par-dessus cet obstacle.

Un autre obstacle ressort de cette étude, le manque de connaissances théorique et pratique pour la surveillance clinique. (Hägglom & Möller, 2006).

Lorsque les chercheurs ont demandé aux participants quels étaient les obstacles rencontrés lors d'un dépistage, 91,7% ont déclaré qu'ils ne pouvaient pas poser leurs questions à la victime en privé. 74,5% des participants classent ce problème en première position car ils le considèrent comme le plus important. En deuxième position, le fait de poser des questions à la victime est une barrière pour 55,1% des participants. 56,4% ne savent pas quoi faire si la femme dit qu'elle souffre de violence domestique. Un quart trouve que la langue est un obstacle à la communication donc à la divulgation de la violence. Pour les infirmières du Maryland et de la Californie la barrière de la langue est considérée comme le premier ou le deuxième obstacle à 52% (n= 23). Elles sont plus fréquemment en contact avec des immigrés du fait que dans ces états, cette population est très élevée. Un autre point ressort comme obstacle lors du dépistage, c'est la confidentialité. Il est difficile de se « débarasser » du partenaire violent ou des membres de la famille lors du questionnement. Un autre problème est ressorti comme important, le fait que un quart des infirmières disent que la violence domestique (VD) n'est pas une question de soins infirmiers. D'autre ont estimé que l'abus de substances est un problème plus important que la VD. Ceci fait obstacle au dépistage de la VD car ce sont des idées reçues et toutes faites qui modifient la prise en charge des femmes victimes, qui va influencer et diminuer un bon dépistage. (Furniss, McCaffrey, Parnell & Rovi, 2007).

Dans leur étude phénoménologique Brykczynski, Crane, Medina & Pedraza, (2009) mettent en avant des obstacles qui pourraient retenir des femmes victimes de violence de quitter leur situation et leur partenaire. Il est difficile pour celles-ci de partir subitement. De laisser derrière elles, leurs affaires et leur maison, de prendre leurs enfants et de partir loin de leur père. La peur de l'inconnu et la résistance au changement ont été ressortis comme éléments freinant le départ de la femme. Dans cette étude, les auteurs parlent aussi de la barrière de la langue, comme étant un obstacle important lors du dépistage. Dans la plupart des situations, la personne capable de traduire la discussion

entre la victime et l'infirmière est le mari ou un membre de la famille. Ceci pose problème, car l'infirmière sait pertinemment que la femme ne dira rien car ses dires pourraient lui porter préjudice et la mettre en danger. La culture et l'organisation sont ressorties comme éléments posant problèmes lors du dépistage. Certaines infirmières sont très rigides sur l'organisation et sur les horaires. A cause de cela, il y a eu beaucoup d'appel au secours venant des femmes qui ont été manqués. Certaines n'ont posé qu'une seule question : « Tout va bien ? » si la femme répond oui, les soignantes s'arrêtent là et ne posent pas d'autre question. Un fait a été révélé, c'est qu'une jeune diplômée n'a pas la compréhension quand aux limites de ce qui peut être accompli en une seule visite. Elle ne peut pas tout gérer seule. Celle-ci pourrait alors émettre un sentiment de frustration lorsque la patiente ne semblera pas être réceptive sur le fait d'être aidée.

Dans leur enquête, Smith, Rainey, Alamares & Grogg, (2008) ont ressorti que 27% des participantes ont répondu qu'elles avaient suspecté des abus mais qu'elles n'en ont pas tenu compte. Ce qui reflète la barrière « qu'il n'y a pas assez de preuves ». Cet obstacle est le plus fréquemment choisi à 32,1%. La deuxième considération, la plus courante est le fait que la victime ne veut pas rapporter les abus ceci dans 16,5% des cas. La relation de confidentialité qui se trouve entre la patiente et l'infirmière ressort à 9,17%. D'autres obstacles font que la femme ne divulgue pas la violence comme par exemple la perturbation dans les relations familiales à 6,42%, la peur des représailles à 5,5%, le fait d'être mal à l'aise avec la situation à 5,5%, le choix de ne pas s'engager dans des procédures 4,58%, le fait que les autorités n'ont pas tenu compte de ses plaintes à 4,58% et qu'elle ne sait pas quoi faire à 4,58%. Venant maintenant des infirmières, les obstacles suivants ont été cités : l'intrusion dans la vie privée de la femme à 3,66%, la contrainte de temps à 2,75% et autres à 2,75%. Le manque du temps ne ressort pas que dans cette étude. Il est aussi indiqué dans l'étude de Häggblom & Möller, (2006) comme un facteur mettant un frein au dépistage. Celui-ci provoque un stress important chez les infirmières qui parfois, les effrayent car elles ont bien conscience qu'elles pourraient, à cause de cet obstacle, passer à côté d'un cas de violence lors du dépistage.

Dans leur étude prospective, Echarte Pazos, León Bertrán, Puente Palacios, Laso De La Vega Artal, Díez Fuentes & Martínez Izquierdo, (2010) ont fait ressortir un élément important qui peut se traduire sous forme d'obstacle pour certaines infirmières. Dans leurs résultats, un peu plus de la moitié des cas (52%) des femmes qui étaient touchées par la violence étaient des immigrées. Ils nous mettent en garde. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence car les utilisateurs des hôpitaux de cette étude proviennent principalement des groupes à faible revenu ayant un faible niveau d'instruction. Les secteurs privilégiés ne sont alors pas représentés. Certaines infirmières pensent que seules les couches inférieures de la société sont touchées par les violences domestiques, ce qui n'est pas juste. La violence domestique touche tous les âges, races, cultures ou classes sociales. Un des plus grands obstacles de cette recherche est le fait que les femmes souffrantes de VD ne le signalent pas. 83,1% des femmes ont subi des attaques précédentes mais seulement 24% les ont dénoncées ($p = < 0.001$).

Les chercheurs ont voulu examiner l'effet des connaissances infirmières, des routines et les attitudes lors d'identification de femmes battues. Lors de résultats, les répondantes ont déclaré à un degré modéré que l'une des raisons de ne pas faire face à l'abus est dû au fait qu'elles manquent d'expérience ($M = 3,3$ $SD = 1,3$). Natan & Rais, (2010).

Un des obstacles ressortis dans la recherche phénoménologique de Goldbalatt, (2009) est le manque de temps. Une infirmière a fait remarquer dans son témoignage qu'elle n'a jamais le temps de s'asseoir et de parler aux patientes pour obtenir leur confiance. Elle aimerait pouvoir les aider et les traiter correctement. Mais dans certaines circonstances elle dit ne pas pouvoir participer à une relation active avec la femme violentée. Cette infirmière exprime honnêtement qu'elle n'aime pas prendre en charge ces femmes car selon elle, elles sont trop effrayées et ne coopèrent pas pour essayer de résoudre leur problème. Pour la professionnelle, ceci est une perte de temps de les prendre en charge. Elle admet aussi n'être capable de traiter un sujet en profondeur si la patiente ne l'affecte pas. Ceci est un obstacle important dans le dépistage de VD. L'infirmière néglige le côté bienveillant de sa profession, elle

effectue seulement l'aspect médico-physique des soins. Dans cette étude, d'autres obstacles ont été mis en évidence. Les infirmières sont souvent entraînées de se remettre en question sur leur bonne façon de prendre en charge les femmes battues. A la longue cette remise en question pourrait entraîner des prises en charge moins adaptées donc les infirmières pourraient ne plus aussi bien détecter les VD. Il est souvent difficile pour certaines de poser des limites claires dans de telles situations. Le fait de ne pas pouvoir poser des limites claires se répercute sur le domaine de la vie privée des infirmières. En plus de devoir relever le défi de leur identité professionnelle, elles se trouvent aux prises avec l'impact sur le domaine de leur vie intime en tant que femme, épouse et mère. C'est pour cela que certaines préféreront abandonner certains aspects émotionnels ainsi que la bienveillance de leur profession pour se concentrer sur les aspects physiques des soins infirmiers. Elles n'auront alors pas à se poser ces limites qui la plus part du temps restent floues.

Rhodes, Frankel, Levinthal, Prenoveau, Balley & Levinson, (2007), ont mené une étude randomisée contrôlée pour décrire la communication lors de VD. Des obstacles se présentent dans cette étude. Il a été mis en évidence que certains facteurs pouvaient diminuer la conversation comme par exemple : la présence d'une tierce personne, l'incapacité à reconnaître l'abus, l'absence d'évaluation de sécurité ou du niveau de risque et l'incapacité d'établir un lien entre la victime et les ressources disponibles. Dans cette étude un échec général ressort qui est de documenter les abus. Aucune soignante n'a indiqué que les dossiers médicaux pourraient être utiles si la victime devait aller devant les tribunaux.

7.3. Les besoins des infirmières

Les infirmières décrivent une gamme complète de besoins, telle qu'une campagne d'actions préventives dans les écoles primaires. La formation des soignantes a été nommée comme la seule condition, la plus importante, pour prendre des femmes battues en charge. La connaissance a été perçue comme un facteur clé du dépistage. Il en ressort donc que tous les professionnels de la santé devraient recevoir des programmes de formation visant à augmenter la prise de conscience ainsi que l'aperçu de la VD. Pour les infirmières de cette

étude, il est évident que l'enseignement formel ou la formation est insuffisant. Elles disent très souvent que, les propres expériences de chacune dans ce domaine les ont aidées à agir dans une voie qui était profitable aux femmes. Häggblom & Möller (2006)

Furniss McCaffrey, Parnell & Rovi, (2007) ont aussi ressorti des besoins dans leur étude transversale. Les chercheurs ont demandé aux participantes de quoi elles estimaient avoir besoin de savoir sur la VD afin de pouvoir poser des questions sur la VD au moment du dépistage. Les résultats ont été les suivants, 41,6% n'ont pas répondu à cette question, 4% n'avait besoin de rien, 54% ont répondu avoir besoin d'une formation complémentaire dans la VD ainsi que sur les indicateurs médicaux et psychosociaux. D'avoir des ressources et des protocoles, d'être sensibilisées et formées en communication pour savoir comment poser les questions, obtenir des questions-types à poser. Elles auraient aussi besoin d'avoir plus de temps avec les victimes, d'être rassurées face à la peur des réactions hostiles de la patiente. En ce qui concerne l'aspect juridique, elles aimeraient éclaircir tout ce qui touche cet aspect surtout en ce qui concerne la déclaration obligatoire et avoir des réponses claires à leurs questions. Des infirmières aimeraient travailler sur l'indifférence de certaines de leurs collègues. Elles aimeraient aussi avoir plus de lieux privés pour la discussion afin de pouvoir assurer la confidentialité à la victime. Beaucoup de questions se posent au sein de l'équipe infirmière comme : comment poser les questions en présence du partenaire violent ou d'un membre de la famille. Ceci reste une grande question car celles-ci sont bien consciente que cela peut-être dangereux pour la patiente et qu'il y aura un impact sur les divulgations. Elles disent avoir besoin de plus de ressources et de protocoles sur les listes de contrôle de sécurité, sur les marches à suivre en cas de VD, sur les signes et symptômes lors de VD. Elles aimeraient aussi savoir comment elles doivent réagir si la femme dit oui à la VD afin de pouvoir bien la prendre en charge et lui donner des soins adaptés.

Dans une autre étude, celle de Brykczynsky Crane, Medina & Pedraza, (2009), d'autres styles de besoins sont ressortis lors des résultats. Une infirmière trouve qu'il faudrait inciter les chercheurs à accroître le dépistage de la VD, pour que

les infirmières puissent avoir une prise en charge adaptée et qu'elles puissent prendre conscience de la VD. Il serait idéal pour une infirmière afin qu'elle puisse identifier et intervenir dans une telle situation, qu'elle intègre des comportements et des actions bienveillantes. Selon les infirmières de cette étude, il est important de garder le moral et de maintenir l'espoir dans un tel domaine. Une participante dit que c'est possible quand elle apprend que les femmes dont elle s'est occupée ont quitté leur conjoint avec succès et que maintenant elles se sentent « guéries ». Ceci est un élément important pour éviter d'adopter un comportement avec des attitudes négatives lors des soins.

L'étude de Natan & Rais, (2010), confirme le fait que les infirmières ont besoin de formation pour augmenter leurs connaissances dans le domaine de la VD. Dans une courte partie des résultats, on peut constater le problème du manque de connaissances car 68% des participants ont su répondre correctement à une seule question de connaissances sur la VD contre 18% qui ont répondu correctement à deux questions.

Une infirmière a besoin de parler pour se sentir mieux et rassurée. Dans un des témoignages, une infirmière dit avoir besoin de son mari car il est un confident pour elle, comme un genre de psychologue. Quand elle rentre du travail, elle lui raconte tout. Elle a besoin d'un encouragement affectif, besoin de se sentir plus sûre pour se confirmer que de telles violences ne lui arriveraient pas. Mais elle a aussi besoin de se rassurer sur le fait qu'elle a choisi la bonne personne pour se marier. Beaucoup d'infirmières ont mis en avant dans cette étude, le besoin d'avoir des preuves pour qu'elles puissent croire que leur réalité est différente, que leurs maris les soutiennent émotionnellement. Elles se sentiraient rassurées sur le fait qu'ils ne sont pas des hommes violents. Pour plusieurs, savoir se détacher est vital pour préserver un bon sentiment de soi et pour garder tout contrôle sur sa vie privée. Goldbalatt, (2009).

Dans l'étude de Woodtli, (2001), les participantes expriment l'espoir que l'éducation sur les VD change les attitudes de certaines infirmières. Que l'identification des violences soient faites d'une manière plus accrue. Qu'une intervention soit rapidement mise en place et que la collaboration avec d'autres professionnels soit faite dans chaque situation. Elles ont besoin de savoir que

les soins ainsi que les informations qu'elles ont apporté aux femmes victimes puissent leur servir, pour qu'à leur tour, elles deviennent des défenseurs pour elle-même ainsi que pour leurs enfants ou même pour d'autres femmes impliquées dans des situations de violences.

7.4. Les sentiments et les perceptions des infirmières

Dans leur étude Häggblom & Möller, (2006), nous disent que les infirmières sont guidées par leurs émotions. L'intuition est ressortie comme un thème clé. Elles ont une capacité perspective quand elles parlent avec les femmes. Elles peuvent sentir quand l'histoire rapportée n'a pas de sens. Les infirmières arrivent aussi à percevoir s'il y a de la violence dans les réponses des femmes. Ceci par le ton de leur voix et dans leur façon de parler de leur situation avec un sentiment de culpabilité ou de honte. Les infirmières disent que certains signes ne trompent pas (air terrifié, le repli sur soi-même, le recul dès que l'on s'approche d'elle...). Certaines infirmières ont été elles-mêmes victimes de violences domestiques ou en ont été témoins. Elles n'ont alors pas été affectées par leur passé et ont su bien garder à l'esprit l'importance de leur expériences négatives, séparées de leur intervention. Les infirmières ressentent un grand sentiment de frustration, d'anxiété et un stress psychologique. Mais aussi de la colère envers certains médecins qui ne se soucient pas des femmes victimes. Les infirmières ont dû lutter pour faire respecter les besoins des victimes en exprimant des sentiments comme le fait d'être impuissantes quand une femme est en danger, le sentiment de solitude à cause du manque de non assistance. Elles doivent aussi ignorer leurs propres émotions. Les professionnelles ont exprimé une sérieuse préoccupation envers les enfants de ces femmes battues qui n'ont pas obtenu d'aide. Deux sentiments très forts ressortent aussi : la colère et le désespoir. Il est très lourd de rencontrer et d'entendre parler ces femmes de toutes les horreurs qu'elles ont ou qu'elles subissent. Les infirmières expriment aussi leurs difficultés et leur découragement face à des femmes qui retournent dans cette violence. Les participantes perçoivent les victimes comme étant terriblement solitaires. Certaines femmes hésitent à demander de l'aide car elles ont honte, peur des conséquences ou de la vengeance qu'aura le partenaire sur elles si elles dévoilent la violence. Les infirmières se sentent aussi parfois frustrées et

fâchées contre les collègues qui ont échoué face à l'identification des violences domestiques et qui ont montré de l'ignorance face à ces victimes. Elles se sentent responsables des femmes qui souffrent.

Une chose importante que les infirmières ont mise en évidence, est qu'elles doivent traiter un facteur-clé dans leur pratique qui est le sentiment de peur. Si elles ressentent de la peur, elles ne peuvent plus prendre en charge les patientes correctement. Le thème de la rechute est apparu chez plusieurs participantes lors des entretiens. Celle-ci est due au cycle de la violence. Il est ressorti que parfois lors de rechute, certaines participantes ont ressenti de la colère et ou de la tristesse quand elles se retrouvent encore et encore face à la même femme. Cela provoque aussi une remise en question sur la façon de les aider mais aussi sur la compassion et le soutien apportés lors des divulgations. Les infirmières se disent aller mieux lorsqu'elles sont plus formées, que les expériences et les récits vécus sont partagés ainsi que les « réussites ». Ceci leur permet de mieux gérer les situations par la suite. Grâce à l'apprentissage et à l'expérience certaines prêtent attention à leurs propres sentiments et les utilisent comme une sorte de baromètre personnel pour comprendre ce qui se passe. C'est ce que l'on appelle l'intuition, c'est la reconnaissance des formes immédiates. Brykczynski Crane, Medina & Pedraza, (2009).

Woodtli, (2001), a fait ressortir plusieurs sentiments et perceptions aux infirmières participantes à l'étude. Elles savent que les femmes cherchent de l'aide, qu'elles sont adultes et qu'elles ont des options et des choix de vie. Ainsi elles choisissent comment vivre. La victime est souvent décrite par les infirmières avec d'autres questions complexes comme les enfants, les finances ainsi que pleins de problèmes familiaux importants qui limitent leurs choix. Une grande préoccupation est toujours présente, celle que la femme reste en danger potentiel, encore plus maintenant que la violence augmente. Les infirmières déclarent la femme victime avec « une faible estime d'elle-même et très isolée ». Les soignantes gardent beaucoup d'espoir pour la femme battue. Elles espèrent un résultat à long terme de leurs interactions avec la victime. Par exemple que celle-ci soit capable de quitter sa situation de manière à faire cesser les violences et à rester en sécurité. Si elle devait rester, les infirmières

aimeraient qu'elle prenne conscience des risques qu'elle encoure pour elle et pour sa famille.

Natan & Rais, (2010), ne parlent pas beaucoup des sentiments et perceptions des infirmières. Les répondantes ont mis en avant le fait qu'elles ne pensent pas que les femmes sont la cause de leur abus mais plutôt qu'il s'agit d'un phénomène anormal et/ou normatif. 22,9% des répondantes se sentent frustrées car elles ont l'impression de ne rien pouvoir faire et d'être impuissantes face à de telle situation.

Lors de la récolte des témoignages infirmiers, Goldbatt, (2009), a su faire ressortir plusieurs sentiments qui ont vu le jour chez ces infirmières. Une des infirmières éprouve souvent un grand sentiment de frustration lorsqu'elle prend en charge des femmes battues. Surtout lorsqu'elle ne trouve pas de solution pour les aider. Elle se sent alors prise au piège. Elle est émotionnellement accablée par les frontières qui se trouvent entre la patiente et elle. Cette infirmière éprouve des difficultés à se distancer de la victime et de son expérience. Ceci symbolise une forte identification de l'infirmière avec la survivante dans sa propre frustration et son impuissance face à la situation. Une autre a pour perception que tout ceci fait parti de son travail, que c'est son devoir. Elle se sent responsable de la victime. D'autres ont essayé de laisser leurs sentiments de côté, mais cela a abouti pratiquement chaque fois à un sentiment de pitié. Une dit que ce n'est pas professionnel de ressentir de la colère envers une femme qui ne « veut » pas sortir de sa situation. Si tel est son choix, c'est que quelque chose se cache là-dedans. Il ne faut donc pas être en colère mais découvrir ce que c'est. Une autre se sent aussi frustré par le fait qu'elle n'arrive pas à soulager les angoisses des victimes. Elle évoque aussi certains sentiments comme la colère et la compassion, accompagnés d'un fort sentiment de responsabilité. Une autre participante préfère se protéger de ses sentiments, surtout contre l'angoisse et l'impuissance. Ceci lui permet de rester professionnelle et de bloquer l'impact de la VD afin que celle-ci ne vienne pas envahir sa sphère privée. Une autre met en avant qu'il est très important de partager. Elle trouve qu'il est beaucoup plus épuisant de travailler avec tous les sentiments cités ci-dessus que de rester sur ses pieds toute la journée.

Personne n'est immunisé contre les abus. Cette idée suscite de la peur et une incertitude profonde sur la propre vie des infirmières et sur la sécurité de leurs enfants.

7.5. Les attitudes et les interventions

Häggbloom & Möller, (2006), ont mis en évidence dans leur étude que les infirmières se sentent équipées pour faire un bon dépistage et se sentent à l'aise pour parler des violences subies par les femmes. Les infirmières agissent avec leur savoir-faire. Elles sont bien conscientes que les femmes ne divulguent pas les violences domestiques tout de suite alors elles sont patiente et attendent le bon moment. Après un temps d'attente les femmes voient la réaction de l'infirmière qui a su les mettre en confiance en leur fournissant les informations sur leurs droits légaux, comment entrer en contact avec une assistante sociale. Là, les femmes avouent et parlent de ce qu'elles endurent. Les infirmières se doivent d'utiliser des questions simples. Elles savent qu'il est important de donner du temps, d'être capable d'attendre tranquillement et de garder un contact visuel avec les femmes. En résumé, de prendre du temps pour ces femmes. Les infirmières se considèrent comme les personnes les plus importantes dans une équipe travaillant pour le dépistage des violences domestiques car elles sont les premières à être en contact avec les femmes. Mais aussi parce qu'elles sont expertes dans le rôle du dépistage et de prévention ainsi que dans la façon de se comporter envers les femmes violentées. Le fait d'avoir en face de soi une infirmière expérimentée pourrait aider les femmes qui sont épuisées par leur situation à reconnaître ce qu'elles subissent et à accepter de l'aide. Les infirmières pensent qu'en se laissant toucher, ces femmes prennent conscience de la situation et seront plus à l'aise pour parler de leur situation. Pour les professionnelles ce sont des critères importants pour le dépistage, pour la relation et pour parler de violences avec les femmes concernées. Pour terminer, elles ont aussi insisté sur le fait qu'il est important de faire comprendre aux femmes que personne n'a le droit de les violenter ou d'abuser d'elles. Les infirmières participent à un réseau. Elles ne travaillent pas seules dans ces situations. Ce réseau inclus la police, les services sociaux, des réseaux permettant aux femmes de se mettre en sécurité dans des maisons protégées.

Brykczynski Crane, Medina & Pedraza, (2009), ont eux ressorti d'autres interventions comme donner des conseils préventifs, avoir une continuité des soins, clarifier et valider ce qui est dit, créer une atmosphère qui permette d'accepter, d'encourager les connexions externes, d'établir une relation de confiance, d'explorer avec la femme les options qui s'offrent à elle et de savoir que la guérison commence par l'écoute. Il faut aussi faire attention à être bienveillant, à connaître les ressources de la femme, ainsi que les nôtres. Il faut encore promouvoir la croissance, le développement et promouvoir la sécurité. Rester à l'écoute est un point important, tout comme connaître notre rôle et suspendre son jugement afin de rester neutre. Le jugement commence très rapidement. Parfois sans même que les infirmières ne s'en rendent compte. Comme par exemple lorsqu'elles posent la question suivante : « Pourquoi ne le quittez vous pas ? ». Cette question part dans le jugement de l'autre. Les femmes ressentent déjà peut-être un sentiment d'humiliation. Il n'est donc pas nécessaire d'en rajouter ni de les juger. La création d'une atmosphère de confiance et favorable et propice pour la divulgation, l'utilisation d'une attitude de jugement ne permettra pas la création de celle-ci. Pour établir une relation thérapeutique, il est important de croire et de garder en tête que la patiente a une capacité de survie. Il faut être émotionnellement présente pour elle et l'aider dans l'auto-soin. Il faut savoir que ces femmes peuvent ressentir une pyramide d'émotions telles que la peur, la méfiance et la confusion. Promouvoir la sécurité de la victime est une chose importante. De ce fait des questions de sécurité sont automatiquement demandées. Un outil est très précieux pour les infirmières, avoir connaissance des ressources qu'il existe afin d'améliorer les compétences de survie des victimes. Il faut alors avoir les connaissances sur les accès de santé, les services juridiques et les logements protégés pour femmes battues. Il est essentiel que les infirmières comprennent que quitter son conjoint est un processus de perte pour la femme, qui prendra du temps. Il faut aider la femme à prendre conscience de sa situation et parfois l'aider à voir qu'il n'y a plus aucun espoir de sauver leur relation. Pour une infirmière il est très important de savoir reconnaître les signes de l'escalade et de l'augmentation du danger. L'infirmière des urgences peut jouer un rôle clé en aidant les femmes à réfléchir sur la réalité de leur situation familiale en agissant comme psychologue ou médiateur. La femme peut ne pas se rendre compte de la gravité de ses

blessures si l'infirmière ne le souligne pas. Les compétences d'évaluation de la soignante doivent être fines pour pouvoir découvrir les signes les plus subtiles lors de VD. Les auteurs de l'étude mettent en avant le fait que toutes les classes socio-économiques sont touchées. De ce fait, il ne faut pas être plus susceptible de dépister de la VD chez les femmes de classe socio-économique basse mais chez les femmes de toutes classes confondues. Une chose importante est ressortie dans cette étude. Le problème des femmes immigrées. Elles ne divulguent pas les VD par peur de se faire expulser dans leur pays. Mais attention, elles doivent être prises en charge comme toutes les autres femmes.

Les infirmières ont ressorti que les femmes devaient être prises en charge et traitées avec empathie, avec des attitudes respectueuses. Il est important de faire refléter des attitudes objectives, de ne pas prendre parti et de rester neutre. Elles mettent aussi en avant qu'il faut garder à l'esprit que la femme peut appartenir à tous les groupes économiques, culturels et ethniques. En ce qui concerne leur rôle, l'équipe soignante doit adopter un contact émotionnel avec chaque victime de manière à donner des soins empreints de respect. Il faut tenir compte que chaque situation est unique. Il faudra donc un traitement différent pour chaque situation. Les infirmières sont les premières à avoir contact avec la victime, à reconnaître les problèmes, à fournir des informations, à avoir les connaissances, le soutien, les ressources et surtout à offrir la sécurité. Elles doivent accepter le fait que même si elles peuvent proposer de l'aide à la victime celle-ci a le droit de ne pas l'accepter ! Les soignantes ne peuvent pas « posséder » les problèmes de la victime, faire des choix pour elle ou prendre des décisions. Elles ne peuvent pas non plus s'appuyer sur des stéréotypes, agir sur des préjugés ou prendre part à la colère qui est parfois projetée vers les victimes. Les infirmières doivent aussi adopter des attitudes face à l'auteur des violences. Elles savent qu'il est dangereux. Qu'il peut répéter l'épisode de violence, voir être encore plus violent. Elles ont alors besoin de connaître son potentiel de violence. Parfois il est nécessaire pour la sécurité de la femme ou des soignantes de faire appel à la police quand la situation devient ingérable. Les professionnelles considèrent l'auteur comme une personne qui a un manque d'estime de soi, souvent en lien avec une

affaire de pouvoir et de contrôle. Il est considéré comme une partie du problème mais aussi comme une partie de la solution. Face à celui-ci elles doivent garder une attitude neutre, leur colère doit être mise en veilleuse de façon à ne pas laisser leurs préjugés ou leurs attitudes négatives se glisser dans les soins. Les infirmières gardent à l'esprit lors des soins que dans certains environnements sociaux ou culturels, la VD est autorisée ou encouragée envers les femmes. (Woodtli, 2001).

Dans leur étude quantitative descriptive Natan & Rais, (2010), ont examiné les connaissances sur les interventions au moment du dépistage. Les résultats qui vont suivre concernent les intentions et le comportement réel à adopter. 37,5% des participantes sont d'accord avec le fait de remettre en question les patientes sur la VD, 26% sont plutôt d'accord et 36,5% disent ne pas remettre en cause les victimes de sexe féminin en matière de violence. Plus de 60% des infirmières ont indiqué qu'elles ont l'intention de remettre en question les femmes au sujet de la VD dans le futur. Des tests de Spearman indiquent une corrélation entre l'intention à la question et le questionnement réel ($r= 0,42$ $P<.01$). Les résultats montrent qu'une grande proportion des participantes sont d'accord avec le fait qu'elles accomplissent la procédure requise quand elles s'occupent de femmes battues. Les actions de la procédure mises en place sont les suivantes : 96,8% soutenir la femme, 95,7% lui fournir les numéros de téléphones à appeler pour demander de l'aide et du soutien, 92,6% l'assignation d'une assistante sociale, 90,3% lui fournir des informations et des conseils sur les services d'assistance, 83% enregistrer l'information reçue, 83% faire la programmation du suivi et à 66% recueillir des informations auprès des admissions précédentes pour obtenir des preuves de l'abus. Les attitudes infirmières relevant à demander aux victimes si elles ont subis des abus n'est pas chose insultante. La plupart des participantes sont d'accord sur le fait qu'elles sont équipées pour poser les questions et identifier les abus et que ceux-ci sont un problème médical crucial. Il y a une corrélation positive entre les connaissances ($r= 0,32$ $P<.01$), l'attitude ($r= 0,36$ $P<.01$), la norme du dépistage qui se fait dans le cadre d'une routine de ministère ($r= 0,46$ $P<.01$) et les intentions futures à interroger les femmes sur la violence ($r= 0,42$ $P<.01$).

Goldbalatt, (2009), s'est basé sur les témoignages du vécu d'infirmières travaillant avec les femmes battues. Il a cherché à voir quel impact à leur travail au niveau professionnel et dans le milieu privé. Anita, une première infirmière, a cherché dans ses interventions quelle est l'aide qu'elle pourrait offrir à la victime et à qui elle devait signaler l'abus. Elle trouve difficile de parler de ses sentiments car elle ne pense pas aux émotions quand elle travaille. Elle dit ne pas avoir de temps pour cela. Anita sait très bien qu'elle n'est pas censée juger la femme qui se trouve en face d'elle. Son travail est de la soutenir et de la conseiller et non pas de la juger. Mira, une autre infirmière, sait mettre des limites claires quand elle travaille dans ce genre de situation. Elle a trouvé plusieurs façons de lutter contre la dissonance de son image professionnelle. Elle sait qu'elle est infirmière et non pas psychologue. Dans son rôle d'infirmière, elle soigne des blessures, administre des médicaments et fait de son mieux pour ne pas être influencée dans ses choix afin de rester professionnelle. Lorsque celle-ci termine sa journée, elle laisse tout ce qu'elle a vécu durant son temps de travail dans son casier afin de pouvoir rentrer chez elle l'esprit libre. Mira connaît ses limites ce qui lui permet de ne pas se laisser submerger par l'émotion. Elle se protège contre l'angoisse et l'impuissance. Ceci lui permet de bloquer l'impact de la VD afin que qu'elle n'envahisse pas sa sphère privée. Les infirmières ont ressorti un élément important. Lorsqu'elles prennent en charge une femme battue, les rencontres avec celle-ci peuvent provoquer des émotions intenses et parfois contradictoires. Elles utilisent alors l'empathie avec la victime. Elles essaient d'aider, mais aussi de se protéger contre les inondations résultantes des émotions. Une autre infirmière est mère au foyer. Elle s'est fixée des frontières à ne pas dépasser afin de rester professionnelle au travail et une bonne mère à domicile. Ceci marche très bien pour elle. Cette infirmière fait la part des choses entre son travail et sa vie privée.

Rhodes, Frankel, Levinthal, Prenoveau, Balley & Levinson, (2007), ont fait une étude randomisée contrôlée sur la communication lors de VD. Lors de la lecture de résultats, on peut constater que les discussions sur le sujet des VD ont presque toujours été initiées par les infirmières. Pour évaluer les facteurs de risques l'infirmière peut poser plusieurs questions à la victime comme :

« Fumez-vous ? », « Buvez-vous de l'alcool, si oui à quelle fréquence ? », « Consommez-vous des drogues ? », « Avez-vous des problèmes de VD ? ». Ces questions sont régulièrement posées mais elles ne doivent pas être posées de n'importe quelle façon. Des stratégies de communications doivent être utilisées. Pour bien introduire le sujet de la VD il est important de ne pas juger et de cibler la victime. Il faut ouvrir les possibilités et les opportunités de répondre : « Pouvez-vous me dire ce qu'il s'est passé ? ». Un moment de silence est important après cette question. Cela permettra à la victime de prendre son temps mais aussi de lui montrer que nous sommes là pour l'écouter et l'aider. Il est important de bien formuler ses questions car elles risqueraient de provoquer une coupure dans la communication. Une fois que la femme a avoué les VD il faut investiguer pour savoir quand cela s'est produit, voir ce qu'elle peut nous dire à ce sujet et lui demander si elle sait pourquoi nous lui demandons cela. Dès que les violences sont racontées, une investigation en profondeur est requise. La but de la discussion permettra de savoir ce qu'il s'est passé, qui est l'auteur des violences, de savoir si elle veut sortir de ce cycle. Mais le plus important est de savoir si l'auteur est menaçant afin de mettre la victime et ses enfants si elle en a en sécurité. Lors de cette discussion, deux choses sont importantes, les moments de silence et la validation des dires. Une fois la discussion touchant à sa fin, il faut donner à la victime les numéros de téléphones, les noms et les adresses qui pourront lui être utiles pour avoir de l'aide ou pour se mettre en sécurité. Dans cette étude les infirmières ont posé les bonnes questions à 45%. Les soignantes utilisent plusieurs façons de faire pour obtenir la divulgation de la VD. Poser des questions pour obtenir des réponses : (n= 213) pour la non-divulgation (ND) et (n= 74) pour la divulgation (D). Elles ont utilisé le mot « violences domestiques » (n= 149) pour la ND et (n= 43) pour la D, utiliser le mot « victime » (n= 97) pour la ND et (n= 34) pour la D, poser des questions sensibles de la bonne manière (n= 73) pour la ND et (n= 34) pour la D, laisser des moments de silence (n= 34) pour la ND et (n= 24) pour la D et pour terminer interrompre la victime (n= 20) pour la ND et (n= 17) pour la D. Il a été démontré que pour créer une ouverture et des possibilités de discussion, le fait d'être empathique est une très grande aide. Il faut alors se montrer empathique, non jugeant et intéressé par ce que la victime dit puis lui montrer que nous

sommes à disposition pour quoi que ce soit. Dans 38% des divulgations, la soignante a exprimé de l'empathie ou de la compréhension pour la patiente.

8. Discussion

La discussion de ce travail va permettre de le soumettre à la critique de la qualité méthodologique des études retenues et de leurs résultats. Ensuite, ceux-ci seront mis en lien avec mon cadre de référence. La réponse à la question de recherche sera donnée et des recommandations pour la pratique seront proposées.

Cette revue de littérature a pour but de déterminer les attitudes et les interventions infirmières ainsi que les obstacles présents lors d'un dépistage de Violences Domestiques (VD) dans un service des urgences. Les dix études retenues ont permis de mettre en évidence différentes attitudes et interventions à mettre en place pour effectuer un bon dépistage de la VD ainsi que tous les obstacles qui pourraient le freiner.

8.1. Qualité méthodologique des études sélectionnées

En ce qui concerne la méthodologie de cette revue, elle paraît tout à fait adéquate et pertinente. Toutes les études qui ont été retenues sont issues de banques de données reconnues (CINHAL, PubMed...). Une des priorités pour le choix des études était le contenu. Les études retenues devaient démontrer une bonne qualité. Elles devaient contenir un résumé, une introduction, une méthode, des résultats, une discussion et pour finir une conclusion. Quatorze études ont été sélectionnées. J'ai donc écarté quatre études. La première étude (Boyle & Todd, 2002) avait inclus des victimes de sexe masculin. La deuxième (Olive, 2005) ainsi que la troisième (Walton-Moss & Campbell 2002) et la quatrième (O'Connor 2002) étaient des revues systématiques. Les dix autres études ont été retenues car elles se tiennent aux critères d'inclusion, d'exclusion, de fiabilité et de validité d'une étude scientifique. Les devis de ces dix études ont été cités dans la partie « Résultats ». Elles sont actuelles car elles datent de 2001-2011 sauf pour une datant de 1997 que j'ai décidé de garder pour sa pertinence dans la revue. Toutes étaient en anglais ou avaient été traduites vers anglais. En ce qui concerne les auteurs, ils sont tous crédibles, car ils ont effectué des recherches en sciences infirmières et ont un

bon niveau de formation dans la recherche. Sur les dix études, quatre sont qualitatives. Elles sont très utiles pour réaliser cette revue de littérature car elles cherchent à mettre à jour les attitudes, les interventions infirmières et les obstacles présents lors du dépistage des VD au sein d'un service des urgences. Deux études sont placées en tête de la hiérarchisation des devis et du niveau de preuve. La première est une étude randomisée contrôlée (Rhodes, Frankel, Levinthal, Prenoveau, Balley & Levinson, 2007), la deuxième est une étude de cohorte prospective (Echarte Pazos, León Bertrán, Puente Palacios, Laso De La Vega Artal, Díez Fuentes & Martínez Izquierdo, 2010).

8.2. Synthèse des principaux résultats

Je vais commencer la synthèse des résultats par les principaux besoins des infirmières puis poursuivre sur les obstacles et terminer avec les interventions et les attitudes. Les perceptions et sentiments ne feront pas partie de la synthèse car ils ont été détaillés dans la partie résultats et ne répondent pas entièrement à ma question de recherche.

Les besoins des infirmières sont ressortis dans pratiquement toutes les études retenues. La formation est nécessaire, afin d'approfondir les compétences et les connaissances d'une jeune diplômée mais aussi pour augmenter sa confiance face à de telles situations de manière à pouvoir répondre aux besoins des femmes victimes. Un besoin important est ressorti : l'approfondissement du domaine des connaissances (Hägglom & Möller, 2006). Dans cette étude les infirmières disent avoir besoin de connaître ou d'apprendre la dynamique, la démographie, les signes et les symptômes qui peuvent indiquer de la VD. Elles souhaitent avoir aussi un menu de questions à option sur le dépistage. Avoir des opportunités pour faire des jeux de rôles et de jouer des situations, avoir en tête que le simple acte de poser des questions sur la VD est une mesure de résultats positif, le message : « Vous n'êtes pas seule ! » est le plus puissant (Furniss McCaffrey, Parnell & Rovi, 2007). Il est important d'inclure l'éducation de la VD dans les programmes de cours pour les infirmières. Il faudrait inclure dans ces cours, les compétences en soins infirmiers médico-délégués, des connaissances de base sur la physiopathologie, les blessures, l'épidémiologie et le dépistage des VD en y incorporant le diagnostic différentiel (Brykczynski

Crane, Medina & Pedraza, 2009). Un élément ressort encore une fois, le domaine de la VD doit être étudié plus en détail. Mieux former les étudiants dans le domaine et donner la possibilité de suivre une formation continue afin de faciliter le perfectionnement professionnel (Woodtli, 2001). L'éducation est cruciale pour le développement d'une plus grande prise de conscience et une plus grande compréhension de la VD. Il est essentiel qu'il y ait des soins multidisciplinaires appropriés pour une meilleure prise en charge. Les lois obligatoires sur le signalement sont impératives. Les décideurs politiques doivent clarifier les définitions juridiques et établir des protocoles. Les professionnels de la santé doivent examiner leurs propres attitudes envers la VD. Selon Smith, Rainey, Alamares & Grogg, (2008), une série de questions types pourraient être établie et posée à toute femme suspectée d'avoir subi des VD. Ces questions pourraient entrer dans la routine des soins. Il est important que dès qu'une femme dévoile les violences et dépose plainte, la police puisse de suite enquêter sur la situation et intervenir pour protéger la femme et ses enfants si elle en a (Hayden, Braton & Hayden, 1997). Il faudrait que le dépistage soit systématique pour les femmes se présentant fréquemment aux urgences pour des troubles non spécifiques notamment gynécologiques, traumatiques, psychiatriques, gastro-intestinaux et neurologiques (Echarte Pazos, León Bertrán, Puente Palacios, Laso De La Vega Artal, Díez Fuentes & Martínez Izquierdo, 2010). Il est très important de la part des institutions d'encourager les infirmières à étudier le sujet de la VD en leur donnant accès à du matériel éducatif tel que des circulaires résumant les procédures et les règles sur les abus. Ceci devrait être complété par des protocoles et des organigrammes. Il faudrait organiser des journées d'études, des conférences, et même afficher une présentation sur le sujet lors des réunions du personnel (Natan & Rais, 2010). L'élaboration d'un programme pour les infirmières qui travaillent sur le dépistage des VD et pour celles qui interviennent auprès des victimes est recommandée tout comme une supervision clinique. Un tel programme portera sur la sensibilisation des infirmières ainsi que sur leurs attitudes personnelles. Il permettra de les aider à réfléchir sur leurs sentiments et attitudes à l'égard des patientes et leur permettra aussi de devenir des professionnelles réflexives. Les infirmières ont besoin d'un équilibre émotionnel pour gérer leur vie professionnelle et les

domaines de la vie privée. Les programmes de formation permettront aux infirmières de non seulement réduire l'épuisement professionnel, le risque de traumatisme secondaire et le travail émotionnel mais aussi de répondre adéquatement à la VD au sein de leur pratique et de leur expérience personnelle (Goldbalatt, 2009). Une formation continue devrait être mise en place et devrait se concentrer sur l'amélioration des compétences de communication des fournisseurs de soins et sur les réponses lors de divulgations de VD (Rhodes, Frankel, Levinthal, Prenoveau, Balley & Levinson, 2007).

Les principaux obstacles ressortis dans ces études sont pour Häggblom & Möller, (2006), le fait de vivre au sein d'une communauté. Ceci n'aide pas les femmes. Ce point est un obstacle à la divulgation car la femme ressent de la honte, se sent coupable de ces violences. Ce qui permet à l'abus de rester caché. Elles sont épuisées par leur situation ce qui fait qu'elles peuvent dissimuler les violences. Les chercheurs ressortent aussi qu'une jeune diplômée peut être une barrière pour le dépistage des VD. Elle ne serait pas capable de fournir l'aide suffisante à la femme, même si elle a pu dépister les VD. Elle ne verrait que les cicatrices et les marques, non pas la femme qui se cache derrière. Pour Echarte Pazos, León Bertrán, Puente Palacios, Laso De La Vega Artal, Díez Fuentes & Martínez Izquierdo, (2010), les principaux obstacles se trouvent au niveau des troubles engendrés par les violences. Beaucoup de femmes au moment du dépistage souffrent de troubles importants qui pourraient passer et être traité avant les VD. Des troubles mentaux chroniques graves comme un syndrome de stress-post-traumatique, de l'anxiété ou une dépression ont été relevés. Les femmes victimes ont parfois recours à des médicaments ou aux drogues pour pouvoir s'évader. Une chose importante à retenir lors d'un dépistage, la VD se trouve dans toutes les couches de la société, est non pas seulement dans la couche inférieure. Cette perception erronée est peut être un obstacle important lors du dépistage. Natan & Rais, (2010), ont fait ressortir le fait que les infirmières sont affectées par ces obstacles tels que le manque de compétence et de connaissances dans le processus d'identification et le dépistage des femmes battues. Selon Goldbalatt, (2009), une rencontre avec la violence domestique est une situation

dramatique qui remet en question les attitudes et les perceptions infirmières entre les sexes et les modes de vie privée des femmes, des partenaires intimes et des mères. Les connaissances personnelles et professionnelles, les valeurs et les expériences de la vie, en collaboration avec les inondations émotionnelle comme la colère, la confusion, la compassion et l'impuissance font qu'il y a une augmentation des infirmières qui présentent une certaine perplexité quant aux femmes victimes de VD. Elles ont donc une manière professionnelle non appropriée de s'en occuper. Les infirmières qui s'identifient fortement aux patientes se sentent incompetentes pour remplir leur rôle. Celles qui se détachent émotionnellement se sentent plus compétentes mais reconnaissent le fait de ne pas être véritablement à l'écoute.

Les attitudes et les interventions infirmières ont été nombreuses dans ces recherches. Il est important d'avoir en face de soi une infirmière expérimentée, qui pourrait aider la femme à reconnaître ce qu'elle subit et l'aider à accepter de l'aide. Les infirmières ont utilisé les attitudes « Rogeriennes » dans leur prise en charge avec les femmes. Ces infirmières qui sont expérimentées et engagées peuvent amorcer, provoquer des changements aux moyens d'informations et en partageant leur expérience (Hägglom & Möller, 2006). Il est important que les informations sur la VD soient accessibles à toutes les femmes. Dans cette étude des pistes d'actions ont été clairement proposées : tout faire pour se retrouver seule avec la victime, ne jamais utiliser le partenaire, un membre de la famille ou un ami comme traducteur lors du dépistage, obtenir des cartes avec des questions types ainsi que les ressources d'aiguillages possibles, utiliser des ressources simples et claires. (Furniss McCaffrey, Parnell & Rovi, 2007). Woodtli, (2001), lui aussi a mis en avant des attitudes professionnelles qui ont déjà été citées plus haut comme le fait de ne pas avoir de stéréotypes, d'adopter une attitude de respect, de bienveillance et d'empathie. Il ne faut pas être jugeant. Dans cette étude, le toucher émotionnel a été mentionné à plusieurs reprises comme étant aidant dans la création de d'une atmosphère de confiance. Hayden, Braton & Hayden, (1997), ressortent qu'il est très important de poser les questions lors du dépistage dans un box, ceci serait idéal pour les divulgations car personne ne pourrait entendre ce qui serait dit. Cela permettrait à la femme de se sentir à « l'aise » pour discuter et de se sentir en sécurité.

Echarte Pazos, León Bertrán, Puente Palacios, Laso De La Vega Artal, Díez Fuentes & Martínez Izquierdo, (2010), se sont basés sur les troubles associés aux VD. Pour eux, il est important que les soignantes soient vigilantes lorsqu'elles sont confrontées à des attaques de paniques, des troubles anxieux et une possible dépression car ceux-ci constituent les troubles les plus courants chez les patientes. Selon Natan & Rais, (2010), les infirmières en soins d'urgences devraient identifier les femmes battues et leur besoins immédiats en évaluant la communication verbale des femmes et le comportement non-verbal. Il est nécessaire de créer une atmosphère qui encourage l'enquête et l'ouverture sur les abus. Sans le soutien et sans l'encouragement de ceux qui sont responsables, de nombreux détails importants peuvent être laissés de côté. D'après Goldbalatt, (2009), des infirmières ont dû mettre en place des stratégies de défenses pour éviter toute implication émotionnelle trop profonde dans des situations où il faut traiter des sujets douloureux. Il est important de garder à l'esprit que les femmes victimes de VD souffrent également de blessures émotionnelles invisibles, souvent plus graves que les blessures physiques. Rhodes, Frankel, Levinthal, Prenoveau, Balley & Levinson, (2007), disent qu'il faut créer la confiance et la compréhension, ceci est très important et facilite la divulgation. Il faut poser des questions directes, tout en étant respectueuses et soucieuses. Etre informées sur la VD et il faut fournir l'aiguillage vers les services d'aide. Il est important de normaliser la situation en disant à la victime que ces questions sont posées à toutes les femmes se présentant aux urgences. La validation d'abus et l'encouragement par les soignantes peuvent changer la vie si elles sont faites sans jugement et avec empathie. Le dossier médical, qui est protégé et confidentiel, peut être un outil utile pour les victimes qui pourraient un jour utiliser ces documents dans une procédure judiciaire.

8.3. Liens avec le cadre de référence

Dans les soins d'urgences apportés aux femmes victimes de violences, des situations très difficiles sont vécues par les infirmières. Il arrive fréquemment qu'une victime qui a déjà été soignée auparavant pour des violences revienne aux urgences pour des coups et blessures qu'elle a à nouveau reçus. Ce genre de situation sont lourdes et pénibles pour les infirmières. Une remise en

question est présente chez l'infirmière qui prodigue des soins à une femme battue qui revient encore et toujours aux urgences. Elle se demande si elle lui prodigue des soins adaptés, si les informations qu'elle lui a donné ont été claires. Elle se questionne sur ce qu'elle fait de faux dans sa prise en charge pour que la femme revienne si souvent.

Le sentiment d'efficacité personnelle joue un rôle dans ces situations car il désigne les croyances quant aux capacités à réaliser des performances particulières. Il contribue à déterminer des choix, l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'elle s'est fixée, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'elle éprouve rencontre des obstacles. L'infirmière va effectuer son dépistage et prodiguer ses soins d'une manière qu'elle croit juste et adaptée à la victime. Elle va s'investir dans ce qu'elle fait et ce qu'elle croit. Jusqu'au jour où elle va se remettre en question car elle est face à un échec lorsque la femme battue qu'elle a soignée revient. Son sentiment d'efficacité va se voir diminuer car le succès n'est pas présent. Il laisse place à l'échec. Il arrive que des victimes sortent de ce cycle des violences. Dans ces situations, l'infirmière va vivre une expérience active positive. Elle vivra un succès lors de l'essai de son comportement. Elle sera de plus en plus amenée à croire en ses capacités personnelles. Certaines infirmières ont des croyances bien précises en ce qui concerne les violences domestiques. Parfois la persuasion verbale, qui se fait à travers des suggestions, des conseils, des interrogations ou des avertissements peut permettre aux professionnelles d'être amenées vers la croyance qu'elles possèdent la capacité pour effectuer avec succès un comportement qui auparavant les embarrassait. Il arrive parfois que les infirmières associent un état émotionnel aversif comme l'anxiété ceci accompagné d'une faible performance. Cela peut alors provoquer des doutes en ce qui concerne les compétences personnelles à accomplir un comportement et ainsi les conduire à l'échec. D'autres infirmières elles, ne présentent aucun état aversif. Elles seront plus préparées à croire en leur façon de travailler et auront plus de facilité à croire au succès de leurs soins.

8.4. Réponse à la question de recherche

Les résultats obtenus ont permis de relever plusieurs éléments en lien avec la question de recherche :

«*Quelles sont les attitudes, les interventions infirmières et les obstacles présents lors d'un dépistage de violences domestiques dans un service d'urgences ?*»

Plusieurs attitudes ont été ressorties lors de la lecture des résultats et peuvent ainsi répondre à ma question de recherche : la bienveillance, l'empathie, le non-jugement, être neutre, le respect, être émotionnellement présente, être objective, ne pas avoir de stéréotype, ni de préjugés, avoir une attitude positive et se montrer intéressée.

Les interventions sont aussi nombreuses : il faut poser des questions simples et claires, laisser du temps à la victime pour répondre en laissant des silences ou en faisant des pauses, être capable d'attendre la réponse et être à l'écoute. Il faut gagner la confiance de la victime, créer une atmosphère de confiance en utilisant les attitudes citées ci-dessus. Il est important d'isoler la femme, qu'elle se sente en sécurité et qu'elle sache que personne, à part l'infirmière, n'entendra ses dires. Il faut garder le contact visuel avec la victime, clarifier et valider ses propos. Il est important d'aider la femme à prendre conscience de sa situation. Il faut pour terminer, lui fournir toutes les informations qui lui seront nécessaires pour qu'elle puisse s'en sortir, trouver de l'aide et du soutien comme par exemple : des numéros de téléphones, les adresses des refuges, lui attribuer une assistante sociale, lui donner des conseils, des informations et répondre à toutes ses questions.

Les obstacles sont fréquents au moment du dépistage, les voici de manière à les éviter : les femmes ne dévoilent parfois pas les violences car elles ont peur, honte ou se sentent coupable de ce qui leur arrivent. Le fait d'être une jeune diplômée peut être un obstacle important, car celle-ci ne verra que les blessures et les cicatrices et non pas la femme qui se cache derrière et qui est en souffrance psychologique. En plus de cela, une jeune diplômée n'a pas assez de connaissances et d'expériences pour prendre en charge une victime

qui a subi des violences domestiques. La langue est un obstacle au dépistage. La femme peut être de langue étrangère et donc ne pas nous comprendre. Il faut alors faire appel à un traducteur externe et ne surtout pas prendre le mari, un membre de la famille ou un ami pour faire la traduction. Ceci compromettrait les divulgations. Le manque de temps, pour parler, pour créer une atmosphère de confiance... ont été nommés comme obstacles. Le dernier obstacle qui a été ressorti est la croyance de certaines infirmières. Celles-ci pensent que la violence domestique ne touche que les femmes immigrées ou les femmes faisant partie des couches inférieures de la société. Ce qui n'est pas le cas.

8.5. Implications pour la recherche et la pratique professionnelle

Il est important que les infirmières connaissent les attitudes, les interventions et les obstacles qui peuvent se présenter lors d'un dépistage de VD, afin de pouvoir mettre en place une prise en charge adaptée. Ainsi, elles seront capables de prodiguer des soins et donner des conseils aux victimes de manière efficace et pertinente. Les moyens cités ci-dessus leur permettront d'adopter une attitude professionnelle face à ce genre de situation. Les jeunes diplômées pourraient se servir de ces moyens pour développer des compétences théoriques plus rapidement. Pour la pratique, il n'y a que l'expérience qui pourra les former et les faire progresser afin de devenir expertes dans leur discipline. Pour les infirmières qui ont déjà quelques années d'expériences dans le domaine, ces moyens seront un apport ou un complément à ce qu'elles connaissent déjà. Tout ceci permettra à ce qu'il y ait une amélioration de la prise en charge des patientes avec des approches meilleures ayant pour objectifs plus de divulgations venant des femmes en ce qui concerne les violences. Le résultat mènera à une meilleure prise en charge médicale.

8.6. Points forts et points faibles retenus lors du travail

J'ai l'impression d'avoir pu étudier des articles intéressants concernant le sujet des violences domestiques. Pour la méthodologie, certains articles ne présentaient pas une structure détaillée et n'étaient pas complets. Je n'ai pas pu les inclure dans ma recherche. Pour les articles qui ont été retenus, tous ont

mis en évidence des éléments importants qui ont pu m'aider à répondre à mon questionnement en vue d'apporter des réponses à ma problématique de recherche.

Aucune de mes études ne s'est déroulée en Suisse. Ceci ne me permet alors pas d'évaluer l'ampleur de la problématique choisie au sein de notre pays.

Tout au long du travail, j'ai tenté d'être aussi précise que possible que ce soit dans la rédaction du texte, dans l'analyse de mes recherches au moment de remplir mes grilles, et dans la discussion de mes résultats. Ceci n'a pas été facile pour moi car c'est la première fois que je dois effectuer un travail de bachelor comme celui-ci. C'est une bonne chose pour moi d'avoir pu effectuer ce type de travail au cours de ma formation HES. Il se peut que dans les années à venir, j'effectue ma propre recherche sur le sujet ou que je fasse d'autres recherches de littérature.

9. Conclusion

Cette revue de littérature avait pour but de trouver quelles étaient les attitudes et les interventions infirmières à mettre en place pour effectuer un bon dépistage des VD de percevoir les obstacles afin de les éliminer rapidement pour une meilleure prise en charge infirmière. Les données récoltées dans ces études donnent des indications sur les attitudes et les interventions à mettre en place lors d'un dépistage de violences domestiques pour que les femmes battues divulguent les violences. Ces études ont aussi donné des indications sur les ressources disponibles et sur les moyens existants pour aider les victimes. Ces écrits ont aussi permis de mettre en avant tous les obstacles qui pouvaient se présenter lors d'un dépistage des violences. Tout ceci permettra aux infirmières d'être plus attentives afin d'améliorer la prise en charge des victimes. Un autre élément est aussi ressorti qui est les besoins des infirmières, ceux-ci sont nombreux. D'autres études devront être réalisées pour répondre à tous ces besoins.

9.1. Besoin de recherches ultérieures

De manière à consolider les résultats trouvés dans cette revue de littérature, il faudrait effectuer d'autres recherches afin de pouvoir transférer les résultats. Il est vrai que dix études comme dans cette revue de littérature, ne sont pas suffisantes pour garantir la totalité des résultats. Il y a moins d'études quantitatives dans cette revue que d'études qualitatives. Un nombre plus important d'études comme les revues de littératures pourraient permettre de rendre les résultats plus transférables et plus crédibles.

Comme dit un peu plus haut, aucune étude n'a été publiée dans notre pays. Il serait intéressant de connaître chez les infirmières suisses quelles sont les attitudes, interventions et obstacles présents lors du dépistage. Il serait approprié qu'une infirmière travaillant dans un service d'urgence ou au sein de l'unité des violences au CHUV se penche sur le sujet pour voir si une telle problématique est connue en Suisse et si les résultats sont comparables à ceux des études menées dans les autres pays.

Bibliographie

Ouvrages

- Egger, T. & Schär Mosser, M. (2008). *La violence dans les relations de couple : ses causes et les mesures prises en Suisse*. Berne : Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG).
- Formarier, M. & Jovic, L. (2009). *Les concepts en Sciences infirmières*. Lyon : Mallet Conseil.
- Kuhn Hammer, R., Liaudat, N., Beaud Spang, G., Zindel, B., Meyer, C. & Gutierrez, C. (2007). *Violence conjugale Dépistage-soutien-orientation des personnes victimes*. Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s du canton de Fribourg. Fribourg : Bureau de l'égalité et de la famille et Commission cantonale contre la violence conjugale.
- Loiselle, C.G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI.
- Rondier, M., (2004) In A. Bandura : *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle, L'orientation scolaire et professionnelle*, (pp. 475-476). Paris : De Boeck Université
- Salomé, J. (2003). *Si on en parlait trouver une issue à la violence conjugale*. Condé-sur-Noiteau : Jouvence.
- Thibaut, C. (2004). *Dépistage de la violence conjugale pour mieux la prévenir*. Québec : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Thibaut, C. (2004). *Prise de position*. Québec : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Articles / études

- Brykczynski, K. A., Crane, P., Medina, C. K. & Pedraza, D. (2009). Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 143-152.
- Despland, J. - N., Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A. - C. & Solai, S. (2000). L'alliance Thérapeutique: Un concept empirique. *Médecine et Hygiène*, 58 (2315), 1877-1880.
- Echarte Pazos, J.L., León Bertrán, N., Puente Palacios, I., Laso De La Vega Artal, S., Díez Fuentes, E. & Martínez Izquierdo, M. T. (2010).

- Improving emergency care for battered women. *Emergencias*, 22, 193-198.
- Forsyth, G.I. (1999). Analyse du concept d'empathie: illustration d'une approche. *Recherche en soins infirmiers*, 58, 53.
 - Furniss, K., McCaffrey, M., Parnell, V., & Rovi, S. (2007). Nurse and Barriers to screening for Intimate Partner Violence. *Nurses*, 32 (4), 238-243
 - Goldbalatt, H. (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 1645-1654.
 - Häggblom, A., Möller, A.R. (2006). On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse. *Qualitative Health Research*, 16 (8), 1075-1090.
 - Hayden, S., Barton, E. & Hayden, M. (1997). Domestic Violence in the emergency department: How do women prefer to disclose and discuss the issues? *The Journal of Emergency Medicine*, 15 (4), 447-451.
 - Henrion, R. (2001). Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 5-81.
 - Longerich, B. (2001). Les professionnels de la santé face à la violence : «Votre mâchoire est fracturée. ». *Revue de Soins infirmiers*, 2/2001, 64-68.
 - Olive, P. (2007). Care for emergency department patients who have experienced domestic violence : a review of the evidence base. *Journal of Clinical Nursing*, 1736-1748.
 - MacMillan, H.L., Wathen, C.N., Jamieson, E., Boyle, M.H., Shannon, H.S., Ford-Gilboe, M., Worster, A., Lent, B., Coben, J.H., Campbell, J.C. & McNutt, L-A. (2009). Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings. *The journal of the American Medical Association*, 302 (5), 493-501.
 - Natan, M.B. & Rais, I. (2010). Knowledge and Attitudes of Nurses Regarding Domestic Violence and their Effect on the Identification of Battered Women. *Journal of Trauma Nursing*, 17 (2), 112-117.
 - Poujouly, M.C., Bourgoz, D. (2009). Détection de la violence domestique en milieu hospitalier par les soignants : responsabilité professionnelle et enrichissement de l'approche du patient. *Recherche en soins infirmiers*, 96, 73-76.
 - Rhodes, K., Frankel, R., Levinthal, N., Prenoveau, E., Balley, J. & Levinson, W. (2007). "You're Not a Victim of domestic Violence, Are

You?” Provider-Patient Communication about Domestic Violence. *Annals of Internal Medicine*, 147 (9), 620-628.

- Smith, J., Rainey, S., Smith, K., Almares, C., & Groog, D. (2008). Barriers to the Mandatory Reporting of Domestic Violence Encountered by Nursing Professionals. *Journal of Trauma Nursing*, 15 (1), 9-11.
- Weingartner, M. (2001). Violence domestique: Agir avec doigté dans un domaine tabou. *Revue de Soins infirmiers*, 12/2007, 40-43.
- Woodtli, A. (2011). Attitudes and Practices of Registered Nurses Toward Women Who Have Experienced Abuse/Domestic Violence. *Journal of Holistic Nursing*, 27 (2), 340-459.
- Woodtli, A. (2001). Nurses' Attitudes Toward Survivors and Perpetrators of Domestic Violence. *Journal of Holistic Nursing*, 19 (4), 340-359.

Polycopiés

- Fornerod, P. (2007). *L'approche interactionniste de la relation et de la communication*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Progin, E. (2009). *Violence domestique*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Quinodoz, M-N. (2007) *Promotion de la santé et prévention*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Sites internet

- B, Gillian., G, Le Bouedec. (2009). La violence conjugale. [Page WEB] Accès : http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/la_violence_conjugale.pdf [Page consultée le 30 avril 2012].
- Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes du canton de Vaud, Lausanne. (2006). *Violence Conjugale, Dépistage – Soutien – Orientation des personnes victimes*. [Page WEB]. Accès : <http://www.centrelavi-ge.ch/pdf/protocole-070413-violence.pdf> [Page consultée le 18 février 2012].
- Confédération Suisse. (2012). *Rapport annuel 2011, Statistique policière de la criminalité (SPC)*. [Page WEB]. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=4720> [Page consultée le 11 janvier 2012].
- Gouvernement du Québec. (s.d.). J'ai besoin d'aide.», «Je voudrais aider quelqu'un.», «Je veux comprendre.». [Page WEB] Accès : http://www.violenceconjugale.gouv.qc.ca/comprendre_cycle.php [Page consultée le 25 avril 2012].

- Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la vie Associative. (s.d.) *Rapport Flajolet Annexe1 La prévention : définitions et comparaisons*. [Page WEB]. Accès : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf> [Page consultée le 16 janvier 2012].
- Organisation Mondiale de la Santé. (2009). *La violence à l'encontre des femmes*. [Page WEB] Accès : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/index.html> [Page consultée le 19 avril 2012].
- Psychologie Positive. (2012). *Empathie*. [Page WEB]. Accès : <http://www.psychologie-positive.net/spip.php?rubrique16> [Page consultée le 24 mai 2012].

Films

- Commission cantonale contre la violence conjugale du canton de Fribourg. (2006). *Chronique d'une violence ordinaire*. [CD-ROM]. Fribourg.

Conférence

- Gigandet, M. (2002). *La violence Conjugale : Evolution de la question sur le plan international*. Genève.

Annexes

Annexe A : Déclaration d'authenticité

Pour terminer ce travail, je déclare avoir effectué ce travail moi-même et respecté les normes et les consignes données par l'école lors de la réalisation de cette revue de littérature. Les références utilisées durant tout le travail, sont nommées et identifiées selon les directives demandées.

Amandine Suchet

Annexe B : Grille d'analyse pour une recherche qualitative

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche qualitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?				
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?				
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?				
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?				
	-Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ?				
	-Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les				

	devis de recherche ?				
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?				
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?				
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?				
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-La recherche tient-elle compte de la question de				

	généralisation des conclusions ?				
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

*Peu Clair = information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Annexe C : Grille d'analyse pour une recherche quantitative

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?				
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?				
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?				
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au				

	contexte de la recherche ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé				

générales Présentation	pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

*Peu Clair = information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Annexe D : Grille d'analyse pour les recherches

Titre	On a Life-Saving Mission: Nurses' Willingness to Encounter With Intimate Partner Abuse
Auteurs	Hägglom, A. & Möller, A.R. (2006).
Thème de la recherche/ Question/ But	Explorer les expériences des infirmières expertes dans le milieu de la Violence Domestique (VD), et leur rôle comme fournisseurs de services médicaux.
Type d'étude	Etude phénoménologique
Population/ Echantillon	Echantillon total n= 10 infirmières expertes dans les soins aux femmes souffrantes de VD. Années d'expériences professionnelles moyens= 2 à 33 ans.
Méthode/ Devis (recueil données, analyses, outils...)	<p>Organisation de la Sécurité Sociale gouvernementale en Finlande utilisant des unités différentes comme : unité de soins d'urgence, une unité psychiatrique, une clinique pour malade en consultation externes, une clinique de santé pour mère et enfant</p> <p>Une méthode qualitative basée sur la théorie fondée de Corbin et Stauss, (1990) a été utilisée.</p> <p>1^{ère} étape : soumettre une demande d'approbation de l'étude à l'infirmière cheffe de l'organisation.</p> <p>2^{ème} étape : prendre contact avec chaque infirmier-ère chef-fe de chaque unité.</p> <p>1er contact se fait par téléphone pour vérifier l'engagement de chaque soignant. Pendant cet entretien téléphonique, une date et un lieu ont été fixés pour l'interview et un questionnaire pour un consentement a été signé.</p> <p>La 2^{ème} rencontre a été l'interview. Les données récoltées lors de celui-ci ont été enregistrées sur bande</p>

	magnétique. L'interview a duré entre 30' et 1h30. Il y a eu ensuite une transcription de la bande magnétique.
Résultats	<p><u>Découvertes :</u> Un thème est apparu comme étant primordial un sens fort de l'engagement des infirmières ainsi que leurs préoccupations pour répondre aux femmes survivantes de VD. Les infirmières ont clairement montré leur compétences et expertises dans leur rôle comme étant les personnes les plus importantes fournissant de l'aide aux femmes battues. Ces rencontres leur ont occasionné un grand stress et de la frustration.</p> <p><u>Les perceptions des infirmières</u> Les infirmières sont guidées par leurs émotions. L'intuition est un thème clé, Les infirmières ont une capacité perceptrice quand elles parlent avec les femmes et arrivent à sentir quand l'histoire rapportée, ne donne pas de sens. Si les infirmières posaient aux femmes la question de savoir si elles avaient été battues, elles arrivaient à percevoir s'il y avait de la VD dans leurs réponses grâce au ton de leur voix et la façon dont elles parlaient de leur situation : avec un sentiment de honte et de culpabilité. Les infirmières disaient que certains signes ne trompent pas... air terrifié ; repli sur elles-mêmes, recul quand on s'approche d'elles. D'après les infirmières il faut adopter certaines attitudes : il faut montrer l'importance de l'admiration, l'affirmation, une attitude de compréhension ainsi qu'une grande sensibilité dans ces interventions. Il faut assurer aux femmes que nous les écoutons et les respectons.</p> <p><u>Réactions individuelles</u> Il faut savoir que certaines infirmières ont elles-mêmes vécu de la VD ou ont en été témoin de. Elles n'ont pas été affectées par leur passé mais elles ont bien gardé à l'esprit l'importance de garder leurs expériences négatives séparées de leurs interventions. Ces infirmières ressentent une grande frustration, de l'anxiété et un stress psychologique, mais aussi de la colère envers les médecins qui ne se soucient pas de ses femmes. Les infirmières ont dû lutter pour respecter les besoins des patientes en éprouvant des sentiments tels l'impuissance quand quelqu'un est en danger, la solitude sans assistance. Elles doivent aussi ignorer leurs propres émotions.... Elles ont exprimé une sérieuse préoccupation envers les enfants de ces femmes battues, qui n'ont pas obtenue d'aide. Deux sentiments très forts ressortent aussi : la colère et le désespoir. Il est très lourd de rencontrer et d'entendre parler ces femmes de toutes les horreurs qu'elles ont subies. Elles expriment aussi leurs difficultés et leur</p>

découragement chaque fois qu'une femme retourne à la maison pour retourner dans cette VD. Certaines femmes ont hésité à demander de l'aide car elles ont honte, peur des conséquences, de la vengeance du partenaire etc. Les infirmières les décrivent comme terriblement solitaires.

Le sentiment des infirmières qui se sentent équipées pour le dépistage

Les infirmières agissent avec leur savoir-faire ainsi qu'à l'aide de brochures dans des situations particulièrement difficiles.

La plupart des femmes ne divulguent pas la VD tout de suite mais elles attendent, observent la réaction de l'infirmière et à ce moment-là, elles passent à l'aveu. Ceci seulement après que l'infirmière ait fourni des informations, sur ses droits légaux et lui ait expliqué les mécanismes, somme toute faciles, pour rentrer en contact avec une assistante sociale. Certaines infirmières encouragent les femmes à quitter leur relation. Dans certaines situations les infirmières doivent être autoritaires et guider les femmes. Elles doivent utiliser des questions simples. Elles soulignent aussi l'importance de donner du temps, la capacité d'attendre tranquillement, avoir un contact visuel avec les femmes.

Les rôles des infirmières professionnelles

Les infirmières professionnelles sont perçues comme les personnes les plus importantes dans une équipe de travail considérant leur rôle d'expertes dans la prévention de la VD et dans la façon de se comporter face aux femmes battues. Elles sont flexibles, honnêtes, ouvertes vis-à-vis d'autres personnes, bien informées, soutenantes et savent où adresser les femmes souffrantes de VD. Elles sont en quelque sorte les porte-paroles. Elles ont souligné l'importance d'adopter une attitude soutenante contre la violence. Elles ont souligné l'importance d'adopter une attitude neutre. Elles insistent aussi sur le fait qu'il est important de faire comprendre aux victimes que personne n'a le droit des les violenter ou d'abuser d'elles.

Sentiment de qualité

Presque aucune des infirmières interrogée n'avait) de formation complète dans le domaine de la VD. La formation a semble-t-il aidé à réduire l'ambiguïté. Elle les a aussi aidées à prévoir le résultat de leurs interventions afin de surmonter leurs propres craintes. Elles ont affirmé qu'une femme a besoin d'années d'assistance pour pouvoir se remettre des effets nuisibles de ces violences. Elles considèrent ces femmes, survivantes de la VD, comme souffrant de troubles de stress post-traumatique.

	<p><u>Sentiment de soutien</u> Les infirmières participent à un réseau incluant la police, le service social et des réseaux externes pour mettre les femmes dans des maisons protégées. Elles se sentent soutenues par les efforts communs. Elles se sont cependant senties frustrées et fâchées face aux collègues qui ont échoué à identifier de la VD et qui ont montré de l'ignorance face aux femmes battues. Ceci aurait une raison : Ces collègues se sont senties effrayés, subissant un manque de temps qui constitue une grande contrainte et une source de stress. D'autres problèmes ont engendré ses sentiments, comme les attitudes offensives de la police envers les femmes, le manque de connaissances des services sociaux, la réponse insuffisante des collègues et le peu de lits disponibles dans les abris protégés pour les femmes. Certaines ont décrit une gamme complète de besoins, d'actions préventives dans les écoles primaires etc. Cependant, la formation était la seule condition importante car la connaissance à été perçue comme un facteur clé. Il en ressort donc que tous les professionnels de la santé devraient recevoir des programmes de formation visant à augmenter la conscience ainsi que la perception de la VD. Certaines questions importantes sont ressorties : A quel moment soupçonner ? Comment reconnaître et identifier la VD ? Comment donner une aide?, etc.</p> <p><u>Considération théorique</u> Les infirmières se sentent responsables des femmes qui souffrent de VD. Il est évident que l'enseignement formel ou la formation sont insuffisantes ! Parfois, les propres expériences d'infirmière dans le domaine de la VD les ont aidés à agir d'une façon bénéfique pour les femmes. Dans cette rencontre, si les infirmières se laissent toucher, ressentent de l'empathie et prennent consciences de la situation, les femmes se sentiront plus à l'aise pour parler de leur situation.</p>
<p>Discussion/ Conclusion</p>	<p>Le fait de vivre dans une communauté n'arrange pas les choses selon les infirmières. Car les femmes battues ont souvent ressenti un sentiment de honte ; elles se sentent coupables de cette violence, ce qui permet à l'abus de rester caché. Les infirmières de cette étude ressentent une profonde inquiétude envers ces femmes. Elles se considèrent dans ces situations comme des professionnelles qualifiées et excellentes en la matière. L'infirmière est souvent la première personne qui entre en contact avec la femme battue. Ces dernières sont épuisées par leur situation ce qui fait qu'elles peuvent dissimuler les violences qu'elles subissent. Le fait d'avoir en face de soi une infirmière expérimentée pourrait aider la femme à reconnaître ce qu'elle subit et à accepter de l'aide. Les</p>

	<p>infirmières ont utilisé les attitudes Rogeriennes dans leur prise en charge de ces femmes. Les soignantes expérimentées décrivent leur rôle comme si cela était une mission de sauvetage dans laquelle elles devraient sauver ces femmes ainsi que leurs enfants. Les infirmières pensent qu'une nouvelle diplômée, au début de sa carrière professionnelle, de carrière ne serait pas capable de fournir l'aide suffisante à la femme battue, même si elle avait pu identifier la violence. Une jeune diplômée ne verrait que les cicatrices et les marques, non pas la femme qui se cache derrière. C'est pour cette raison bien précise que la formation est nécessaire, ceci afin d'approfondir les compétences et les connaissances sur le sujet mais aussi pour augmenter la confiance face à de telles situations et pour mieux pouvoir répondre aux besoins de la femme battue. Les infirmières ont fait part de l'écart qui existe entre le personnel qui a la connaissance, l'intérêt et le courage d'intervenir dans ces situations et celui qui ne l'ont pas. Dans cette étude, certaines infirmières ont elles-mêmes subies (subi) des violences. Ceci peut faciliter la prise en charge car elles aussi ont ressenti émotions, telles la honte, la culpabilité. Ces infirmières portent leur propre fardeau de violence ; elles aident les autres dans la crise et le danger. Elles sont soumises aux sentiments de frustration et de stress. Les infirmières trouvent qu'il manque de structures quant à la prise en charge des femmes victimes. Les soignantes demandent à avoir des infirmières formées, qualifiées et reconnues comme des expertes dans ce domaine. Pour répondre à ces demandes, un programme d'enseignement doit être exigé. Les problèmes clés sont la connaissance théorique et la surveillance clinique. Les infirmières ont bien su montrer leurs compétences avancées dans le domaine de la communication, la compréhension et le souci mais le domaine de la connaissance reste encore à approfondir. Elles ont défini la violence domestique comme une question d'attitude mais aussi comme étant la résultante d'une société patriarcale. Les deux promeuvent la négligence des besoins de la femme. Les infirmières expérimentées et engagées peuvent amorcer et provoquer des changements dans la communauté grâce aux moyens d'information et le partage de leur expérience.</p>
<p>Commentaires</p>	<p>Cette étude date de 2006, le questionnement ainsi que les résultats amenés par les auteurs sont exploitables et profitables pour la pratique des soins infirmier. Cette recherche tient compte des besoins et du ressenti des infirmières. Elle nous décrit les sentiments des femmes subissent des VD ainsi que ce dont elles ont besoin pour sortir de ce cercle vicieux. Cette recherche est construite de manière scientifique et cohérente. Les résultats sont d'une grande utilité pour ma recherche de littérature étoffée, j'ai donc décidé de l'inclure.</p>

Titre	Nurse and Barriers to screening for Intimate Partner Violence
Auteurs	Furniss, K., McCaffrey, M., Parnell, V. & Rovi, S. (2007).
Thème de la recherche/ Question/ But	Obtenir les pensées des infirmières en périnatalité et aux urgences face aux obstacles se présentant lors du dépistage des violences entre partenaires.
Type d'étude	Etude transversale
Population/ Echantillon	385 infirmières travaillant dans les soins de périnatalités et d'urgences.
Méthode/ Devis (recueil données, analyses, outils...)	Un questionnaire court et facile à remplir a été conçu par les auteurs. Les opinions ont été recherchées plutôt que les attitudes. Aucun test de fiabilité n'a été nécessaire. Certaines questions sont ouvertes ou demandent d'utiliser l'échelle de Likert pour y répondre. Des questions au sujet des années et du domaine de pratique ont été incluses. L'approbation de The Institute for Research in Biomedecine (IRB) a été obtenue à partir du système de santé dans lequel les auteurs ont été employés. Le questionnaire a été mis à l'essai avec 5 infirmières qui l'ont reconnu comme étant compréhensible et facile à utiliser. Il a ensuite été distribué à un échantillon de commodité dans deux centres du New Jersey et du Maryland. Il n'y a pas de critères d'exclusion. Près de la moitié (49,1%) des infirmières travaillent dans L & D. L'autre moitié a été distribué entre mère-bébé (19,7%), les services d'urgences (4,2%), les antepartum (0,8%), le périnatal (2,6%), la pédiatrie (1,6%), OB/ GYN (1%), la pépinière (0,3%) avec 16,4% de rapports que les répondants ont travaillé sur de multiples unités. Certains répondants avaient moins d'un an d'expérience d'autres ont rapporté 40 années de service (n= 3). Le nombre moyen d'années de pratique dans les soins était de 13 (SD= 9,9). Les réponses quantitatives ont été inscrites dans un programme SPSS. (Statistical Package for the Social Sciences) Les pensées énoncées ont été

	regroupées par deux auteurs et examiné par un tiers. Le contenu à été résumé et étiqueté.
Résultats	<p>Réponses à la question : « Comment vous sentez-vous en demandant aux patients sil ils ont subi la Violence Domestique (VD) ? » 4,34% (SD= 1,23) indiquent un certain confort. Environ un cinquième des participants (20,2%) ne se sentent pas confortables. Les années de service sont directement corrélées au niveau du confort des infirmières (r = 0,15, p = .004). 76% d'entre elles n'ont jamais été interrogées sur leur propre expérience par la VD dans un établissement de santé. Le niveau de confort moyen est rapporté dans les cas où des infirmières ont demandé aux patientes si elles avaient souffert de la VD. Ceci est significativement plus élevé chez les infirmières qui avaient posé des questions au sujet de VD à comparer de celles qui n'avaient pas été demandé (p = 03). Cette différence troublante suggère que la question devient automatique est posée personnellement.</p> <p>Lorsqu'on leur demande quels sont les obstacles rencontrés, presque tous les répondants (91,7%) déclarent : « la capacité à poser des questions en privé ». 74,5% classent cette réponse comme étant la plus importante En deuxième position poser des questions constitue une barrière pour 55,1% des répondants. 56,4% ne savent pas quoi faire si la patiente dit qu'elle souffre de VD. Un quart dit que la langue est une barrière à la communication. Les infirmières/infirmiers du Maryland et de la Californie (population d'immigrés très élevée) ont classé la langue comme le premier ou deuxième obstacle (52 %, n= 93). Pour le Massachusetts, la Géorgie, le Minnesota et la Californie du Nord (faible population d'immigrés), la langue est une barrière pour 20% seulement des répondants. On leur a ensuite demandé ce qu'ils pensaient devoir savoir sur la VD afin de pouvoir poser des questions adéquates. 41,6% n'ont pas répondu et 4% ont répondu qu'ils n'avaient besoin de rien, 54% ont répondu qu'ils avaient besoin d'une formation complémentaires sur ce sujet ainsi que des informations sur les indicateurs médicaux et psychosociaux, des ressources et des protocoles, être sensibilisés et formés en communication pour savoir comment poser les questions ; avoir des questions types, disposer de plus de temps avec les victimes, avoir de l'assurance face à leur peur des réactions hostiles de la patiente ; éclaircir les questions juridiques (confusion au sujet des déclarations obligatoires) ; travailler sur l'indifférence de certaines infirmières ; avoir plus de lieux privés afin d'assurer la confidentialité à la victime La confidentialité est un problème important. En effet, il est difficile se « débarrasser » du partenaire violent ou des membres de la famille lors du questionnement. Plusieurs infirmières auraient voulu savoir comment poser les questions en présence du partenaire ou un membre de la famille, car elles sont bien conscientes que cela peut représenter un danger pour la patiente. Elles aimeraient avoir des ressources et des protocoles (protocoles à suivre ; listes de contrôle des</p>

	<p>sécurités ; listes des signes et symptômes). Elles aimeraient aussi savoir comment réagir si la femme admet la violence domestique. Un quart des infirmières disent que la VD n'est pas une question de soins infirmiers. D'autres infirmières questionnées interviewées ont estimé que l'abus de substances est un problème plus important que la VD.</p>
<p>Discussion/ Conclusion</p>	<p>Cette étude a identifié les obstacles que les infirmières avaient rencontrés lors du dépistage de la VD. Elle est une ressource importante car elle se base sur un grand nombre d'infirmières provenant de 10 états Etats des USA. Les informations contenues dans cette étude vont pouvoir aider à développer un service d'éducation qui abordera directement les obstacles les plus courants rencontrés par des infirmières qui sont sur le terrain. Le Dr. Patricia McCartney a diffusé une liste pour aider les infirmières dans leur formation en matière de VD (McCartney 2000). Cette fait une grande promesse, à savoir qu'il n'y aura pas seulement une formation pour les infirmières, mais aussi une amélioration des soins prodigués aux patients grâce à la prise de conscience soulevée par ces questions se référant à la VD. La grossesse est souvent un moment où la femme a le plus de contact avec le milieu des soins mais c'est aussi un moment où la VD peut commencer ou augmenter. C'est un moment où les femmes sont peut-être plus susceptibles aux changements en raison des inquiétudes qu'elles pourraient avoir face à l'enfant qui doit naître ou pour le nouveau-né. Par conséquent, il est important que les informations sur la VD soit accessible à toutes les femmes à travers le suivi prénatal et que les femmes soient dépistées, conseillées et éduquées tout au long de la grossesse. Le fait d'éliminer les obstacles du dépistage à la VD permettra d'améliorer la sécurité et diminuer la morbidité maternelle et infantile ainsi que la mortalité. La femme n'est parfois pas capable ou pas disposée à demander de l'aide pour se sortir d'une telle situation mais elle peut le faire pour le nouveau-né.</p> <p>Pistes d'actions proposées :</p> <p>Utiliser des techniques pour parler à la femme seule ; ne jamais utiliser le partenaire ou un membre de la famille ou des amis comme traducteur obtenir des cartes avec des questions de dépistage ainsi que les ressources d'aiguillage traduites dans les langues appropriée ;, établir des intervalles de dépistage de routine ; utiliser des ressources simples et claires qui comprennent les services locaux de VD et les numéros hotline ; utiliser des cartes et affiches placées discrètement ; fournir des séances d'éducation aux infirmières sur les matières qu'elles auraient besoin de connaître ou apprendre : la dynamique ; la démographie ; les signes et symptômes qui peuvent être un indicateur pour la VD; un menu d'options de questions sur le dépistage ; des opportunités pour</p>

	faire des jeux de rôles et jouer ces situations ; avoir en tête que le simple fait de poser des questions sur la VD et une mesure de résultats positifs; le message « vous n'est pas seule » est le plus puissant ; un examen des exigences de l'Etat pour les obligations qu'ils ont envers les rapports qui existent entre les hôpitaux et les pratiques de dépistage. Si le milieu de pratique n'a pas de protocole : des sites internet ; des programmes locaux ; des numéros existants qui sont mis à disposition pour plus de ressources.
Commentaires	Cette étude date de 2007, elle répond très bien aux critères de la grille d'évaluation quantitative. Elle met en avant les obstacles rencontrés par les infirmières lors des dépistages de la VD. Ces dépistages ont alors permis de trouver des pistes d'actions pour la pratique infirmière. Ces dernières sont pertinentes et exploitables dans plusieurs milieux de soins. Les résultats de cette étude sont d'une grande utilité pour ma recherche de littérature étoffée, j'ai donc décidé l'inclure dans mon travail.

Titre	Intimate partner violence: Advanced practice nurses clinical stories of success and challenge
Auteurs	Brykczynski, K. A., Crane, P., Medina, C. K. & Pedraza, D. (2009).
Thème de la recherche/	Promouvoir la compréhension plus globale de la Violence Domestique (VD) et stimuler des changements dans l'éducation, la pratique, la recherche et la santé.
Question/ But	Les questions de recherches : Comment faire pour établir et maintenir des relations de soutien avec des femmes victimes de violence dans leur foyer ? Quels sont les défis et les succès rencontrés au niveau des prestations de soins pour ces femmes et leurs enfants ? Comment les connaissances sont-elles acquises, par les expériences des situations de VD traduites dans l'évolution des pratiques ?
Type d'étude	Etude phénoménologique

<p>Population/ Echantillon</p>	<p>Les participantes sont des infirmières en pratique avancée qui ont été choisies pour que l'on découvre leur manière d'être avec les femmes ; le soutien qu'elles leur portent et l'aide qu'elles leur donnent.</p> <p>10 infirmières en pratique avancée ont été choisies pour participer à des face-à-face. Le groupe était composé de sept femmes blanches, d'une afro-américaine et de deux hispaniques. Elles ont été recrutées principalement grâce à des contacts professionnels et par d'autres participantes potentielles. Chacune avait plus de 10 ans d'expérience clinique. Les infirmières travaillaient dans plusieurs domaines : 1 infirmière clinicienne en psychiatrie, 5 infirmières praticiennes de la famille et 4 infirmières sages-femmes certifiées dont 2 d'entre elles étaient aussi des praticiennes de la santé pour les infirmières.</p>
<p>Méthode/ Devis (recueil données, analyses, outils...)</p>	<p>L'étude a été menée selon l'approche phénoménologique interprétative (Benner 1994). Les chercheurs se sont basés sur des situations vécues par les infirmières qui permettront de véhiculer des intentions, des significations, des fonctions ou des résultats qui seront facilement traduits. Les entretiens face-à-face ont porté sur la collection de détails narratifs de situations cliniques avec des femmes qui ont subies de la VD. Les entrevues ont été enregistrées sur une bande audio et transcrite par un dactylo. Ensuite l'exactitude a été érigée par le premier chercheur. Les transcriptions ont servi de texte qui a été analysé. Un indice qui décrit brièvement chaque situation a été mis en place et utilisé pour faciliter la gestion des données et la récupération. Microsoft Word a été utilisé pour gérer les données du texte. Tous les entretiens ont été menés par le premier chercheur, les autres ont participé à l'interprétation des données et ont contribué à l'examen de la littérature et aux révisions du manuscrit. Les expériences des infirmières ont été recueillies avec autant de détails contextuels que possible, trois stratégies interprétatives interconnectées ont été utilisées pour l'identification des cas pragmatiques, exemplaires et pour les thèmes. Ces stratégies ont alors été utilisées pour analyser le texte de ces entretiens. Tous les chercheurs se sont réunis pour une séance de validation consensuelle. Les thèmes qui ressortiront dans les résultats ont été choisis comme cela car ils apparaissent significativement dans plusieurs récits. L'étude a été approuvée par la recherche humaine de l'université du comité de la protection et le consentement a été obtenu de chaque participante. Pour garantir l'anonymat des participantes et de leurs patients, elles ont été classées par des numéros de discussion. Une stratégie visant à contrôler le biais a été utilisée dans cette approche qualitative : c'est la suivante : les participantes étaient libre de partager des histoires qu'elles pensent importantes pour travailler avec des femmes vivants de la VD et ceci tout au long de leur carrière</p>

	professionnelle.
Résultats	<p>L'interprétation des données a conduit à l'identification des pratiques développées par les infirmières en pratique avancée. Plusieurs participantes partagent la conviction qu'il est très important de créer une atmosphère de confiance avec les patientes lorsqu'il faut aborder le sujet de la VD. Voici les pratiques identifiées à partir de récits des infirmières : pour l'évaluation ; il faut demander plus d'une fois si il y a de la VD ; faire attention aux indices non verbaux et contextuels ; avoir une approche holistique ; identifier l'escalade de la VD ; dépistage la VD ; reconnaître les formes de VD et faire attention aux sentiments. Pour les interventions il faut : donner des conseils préventifs ; assurer une continuité des soins ; clarifier et valider ce qui est dit ; créer une atmosphère qui permet d'accepter ; encourager les connexions externes ; établir une relation de confiance ; explorer les options qui s'offrent à la femme ; savoir que la guérison commence par l'écoute ; être bienveillant (esprit / corps) ; connaître les ressources de la femme ainsi que les nôtres ; promouvoir la croissance et le développement ; promouvoir la sécurité ; référer ; rester à l'écoute ; connaître son rôle et suspendre son jugement. Il est important d'écouter la femme sans porter de jugement sur ses dires. Une des choses importantes que nous devons traiter dans notre pratique est le facteur peur. La première chose qui vient à l'esprit lors de la prise en charge d'une victime est la demande « pourquoi ne le quittez vous pas ? ». Ceci est déjà un jugement. Ce qui arrive dans ce genre de situation d'approche de femme est que celle-ci va se fermer. Il ne faut donc pas l'aborder avec cette question mais plutôt lui dire que nous sommes là et lui demander : « permettez-moi de savoir ce qui se passe ». Les femmes ressentent peut-être déjà un sentiment d'humiliation. Il n'est donc pas professionnel d'en rajouter et de les juger. La création d'une atmosphère de confiance est favorable et propice pour la divulgation. Une participante a dit : « la guérison commence par l'écoute ». L'écoute peut avoir un effet thérapeutique. Les femmes doivent ressentir un sentiment d'assurance avant d'être capables de partager leur expérience stressante. Une autre participante trouve qu'il faut inciter les chercheurs à accroître le dépistage de la VD pour que les infirmières puissent avoir une prise en charge adaptée et qu'elles puissent prendre conscience de la VD. Il serait idéal pour une infirmière, afin qu'elle puisse identifier et intervenir dans une telle situation, qu'elle intègre des comportements ou actions bienveillants. Pour établir une relation thérapeutique les éléments suivants sont importants : croire en la capacité de survie de la patiente ; être émotionnellement présente pour la patiente ; l'aider à se soigner elle-même. Il faut savoir que ces femmes peuvent ressentir une pyramide d'émotions telles que la peur, la méfiance et la confusion. Il est important de promouvoir la sécurité de la victime de ce fait des questions de sécurité sont désormais automatiquement demandées. Il ne faut jamais oublier que des soins</p>

compétents peuvent sauver des vies. Avoir connaissance des ressources qu'il existe peu être un outil très précieux pour les infirmières lors de la gestion des soins aux victimes mais aussi pour améliorer les compétences de survies des victimes. Il faut donc avoir les ressources en ce qui concerne les accès à la santé, aux services juridiques et aux logements ainsi qu'au développement de nouvelles relations. La rechute est un thème qui est apparu chez plusieurs participantes lors des entretiens. Celle-ci est du au cycle de la violence. Il est ressorti que parfois certaines participantes ont ressenties de la colère et/ou de la tristesse quand elles se retrouvent encore et encore face à la même femme lors de rechutes. Cela provoque aussi une remise en question sur la façon de les aider mais aussi sur la compassion et le soutien apporté lors des divulgations. La formation, l'expérience et les récits de partage ainsi que les réussites sont importantes pour les infirmières ceci leur permette d'apprendre à gérer ces situations. Il est important de garder le moral et de maintenir de l'espoir dans un tel domaine. Une participante dit que c'est possible quand elle apprend que les femmes dont elle s'est occupée ont quittées leur conjoint avec succès et que maintenant elles se sentent « guéries ». Ceci est une chose important pour éviter d'adopter des soins avec des attitudes négatives. Il est essentiel que les infirmières comprennent que quitter son conjoint et un processus de perte pour la femme, donc celui-ci prendre du temps. Les maisons/lieux qui accueillent ces femmes permettent de diminuer l'isolement et élargir le réseau social. Ils fournissent également du soutien pour le relogement, la formation professionnelle et des conseils. Il y a aussi de nombreux obstacles à ce succès: difficile de laisser ses affaires, de prendre ses enfants et partir loin de leur père, la peur de l'inconnu et la résistance au changement. La compétence d'évaluation de reconnaissances des formes et de savoir l'importance des points de retournement doivent être pris en compte. Les femmes ont souvent plus de facilité à quitter le domicile où elles subissent des VD si elles ont des enfants qui pourraient eux aussi être touchés. Les enfants peuvent alors être le point de retournement qui oblige les femmes à quitter cette situation. Il faut aider la femme à prendre conscience de sa situation et parfois lui aider à voir qu'il n'y a plus aucun espoir de sauver leur relation. Il est important de reconnaître les signes de l'escalade et de l'augmentation du danger. Parfois certaines questions mettent mal à l'aise les victimes qui de ce fait resteront silencieuses et fermées. Il est parfois plus préférable d'aborder la question de la sécurité, ceci peut ouvrir plus de discussions. Il est parfois nécessaire d'expliquer la gravité du geste que le conjoint a eu sur elle. « S'il avait été un peu plus loin de la jugulaire sur la droite ou sur la gauche, vous pourriez être morte maintenant ». L'infirmière peut jouer un rôle clé en aidant les femmes à réfléchir sur la réalité de leur situation familiale en agissant comme psychologue ou médiateur culturel. La femme peut ne pas se rendre compte de la gravité de ses blessures si l'infirmière ne le souligne pas. Les compétences d'évaluation doivent être fines pour pouvoir découvrir les signes les plus subtils

	<p>lors de VD. La barrière de la langue reste un obstacle important lors de dépistage. Il ne faut pas avoir comme traducteur habituelle le mari ou un membre de la famille car ceci peut porter un grand préjudice au dépistage. Dans ces situations, il est nécessaire d'approfondir les visites médicales afin de ne passer à côté d'aucun signe même « caché » lors de VD il est conseillé d'effectuer un examen physique complet. Il est aussi très pratique et même obligatoire que si des soupçons de VD sont dépister de faire appel à un traducteur neutre. Grâce à l'apprentissage et l'expérience certaines prêtent attention à leurs propres sentiments et les utilisent comme une sorte de baromètre personnel pour comprendre ce qui se passe. Ceci s'appelle l'intuition, c'est la reconnaissance des formes immédiates. La VD est connue pour être universelle et se produire dans tout les groupes socio-économique culturels et religieux, il a été relevé que certains fournisseurs sont plus susceptible de dépister de la VD parmi les plus bas groupes socio-économique, il faut donc faire attention à cela, tout les femmes sont susceptibles d'être touchées. Parfois nos collègues infirmières peuvent aussi être touchées, ceci a été relevé dans 2 témoignages. Il a été relevé que certaines infirmières accordaient plus d'attention aux problèmes physiques qu'à ceux du psychisme. La guérison commence par l'écoute et la prise en compte des sentiments de la victime. Certaines victimes souffrent de grave problèmes émotionnels la patiente citée dans l'étude elle est tombée en dépression, celle-ci tellement lourde que la patiente s'est mise à boire. Un jour elle en est arrivée à avoir des idées noires et à vouloir mettre fin à ses jours car elle pensait que sa famille serait mieux sans elle mais surtout que pour elle s'était le seul moyen d'échapper à son mari. Il est donc important de passer du temps et de déterminer avec elle quelles sont les ressources disponibles il existe pour qu'elle s'en sorte. Le problème des femmes immigrées est ressorti. Elles ne divulguent pas la VD par peur d'être expulsée, elles doivent être prises en charge comme n'importe quelles femmes. L'esprit et le corps sont reliés. C'est pour cela que le système de santé actuel se base sur le modèle biomédical. La culture de l'organisation peut poser problème, certaines infirmières sont très rigides sur l'organisation et les horaires. A cause de cela il y a eu beaucoup d'appels au secours manqués. Certaines n'ont posé qu'une question : « Tout va bien pour vous ? » et ne demande rien d'autre. Si la victime dit oui, tout s'arrête là. Il faudrait pour résoudre ce problème intégrer des horaires de consultations pour permettre l'augmentation du temps pour traiter ces femmes. Il a été relevé qu'une jeune diplômée n'a pas la compréhension quand aux limites de ce qui peut être accompli en une seule visite, elle ne peut pas tout régler seule. Elle peut émettre un sentiment de frustration lorsque la patiente ne semble pas être réceptive à être aidée.</p>
<p>Conclusion et implications</p>	<p>Les connaissances des infirmières en pratique avancée sont les bases de l'élaboration d'interventions pour la</p>

	<p>guérison et pour faciliter la survie des femmes. Une attention particulière doit être portée à cette violence car c'est un problème de santé important. En abordant les bonnes questions, nous pouvons prévenir d'autres abus ainsi que diminuer l'indice des meurtres sur les femmes. Il est important d'inclure l'éducation de la VD dans les programmes de cours pour les infirmières. Il faudrait inclure dans ces cours les compétences en soins infirmiers médicaux délégués, des connaissances de base sur la physiopathologie, les blessures, l'épidémiologie et le dépistage de la violence en y incorporent les diagnostics différentiels. Des recherches supplémentaires sont indispensables pour le développement des interventions visant à traiter la VD dans toutes les socio-culturelles. L'éducation des infirmières et la pratique face aux connaissances acquises à partir de l'interprétation des récits, des défis et des réussites présentées ici peuvent élargir la sensibilisation au problème, les modèles de pratique du changement et dynamiser les efforts de recherche et d'actions en soins infirmiers afin d'améliorer la qualité des soins fournis.</p>
Commentaires	<p>Cette étude ne comporte pas d'infirmière travaillant dans un service de soins d'urgences mais une majorité d'infirmières en pratique avancée qui ont apporté, à travers leurs expériences, beaucoup de moyens pour la pratique des soins infirmiers lors de VD. Cet acquis leurs a permis de trouver des pistes d'actions qu'elles ont testé et mis en pratique. Ces éléments sont pertinents et exploitables dans plusieurs milieux de soins. Les résultats de cette étude sont d'une grande utilité pour ma recherche de littérature étoffée. J'ai donc décidé de l'inclure. Cette étude date de 2009 elle est donc récente et répond très bien aux critères de la grille d'évaluation qualitative.</p>

Titre	Nurses' Attitudes Toward Survivors and Perpetrators of Domestic Violence
Auteurs	Woodtli, A, (2001).
Thème de la recherche/ Question/ But	Explorer et décrire les attitudes des infirmières envers les survivantes et les auteurs de Violences Domestiques (VD).

Type d'étude	Etude qualitative : Théorisation ancrée
Population/ Echantillon	<p>13 participants experts dans la prise en charge des femmes battues. Sur les 13 participants, 11 étaient des infirmières diplômées, 1 une assistante sociale et 1 conseiller. L'assistante sociale et le conseiller ont beaucoup travaillé avec des infirmières et ont eu de nombreuses occasions d'observer, de coopérer et de collaborer avec celles-ci. Ils ont aussi travaillé pour l'orientation des violences domestiques avec les enfants et les auteurs. Sur les 11 infirmières, il y a 10 femmes et 1 homme. Cette population travaillait dans plusieurs milieux de santé, les urgences, la pédiatrie, la maternité, la santé mentale, la santé publique, un cabinet de médecin, les soins à domicile.</p>
Méthode/ Devis (recueil données, analyse, outils...)	<p>Chaque soignant a été contacté par téléphone et a été invité à participer à un entretien. Ils ont ensuite reçu des informations sur l'étude. Ils ont tous accepté de participer. Des rendez-vous individuels ont été organisés.</p> <p>Les 13 fournisseurs de soins ont participé à des entretiens individuels centrés sur leurs expériences, attitudes et attentes de résultats liés à la violence contre les femmes.</p> <p>Les entretiens ont duré entre 1h et 3h et ont été enregistrés sur cassette. L'entretien comprenait un jeu de rôle pour une mise en situation. Les notes de terrain prises au cours de l'entrevue ont été complétées immédiatement après l'entrevue et ont été transcrites par une tierce personne n'étant pas liée à la étude de recherche. Les transcriptions écrites ont été comparées d'après la cassette audio des interviews pour assurer l'exactitude.</p> <p>4 des 13 participants ont été choisis au hasard pour être interrogés une deuxième fois. Les entretiens ont été une fois encore individuels. Ils ont duré 1h.</p>
Résultats	<p>Réponses à la question numéro 1 : Quelles sont vos attitudes face aux femmes survivantes ?</p> <p>- 3 catégories sont ressorties lors de cette question:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. les attitudes à l'égard des victimes, 2. les interactions des soignants envers les survivantes,

3. le rôle des infirmières face à ces femmes.

Un thème général est ensuite ressorti pour répondre à cette question : Les survivantes crient au secours.

- Les attitudes à l'égard des victimes :

Les infirmières savent que les femmes victimes de violences domestiques cherchent de l'aide, qu'elles sont adultes et qu'elles ont des options et des choix de vie. Ainsi elles choisissent leur manière de vivre. La femme est souvent décrite avec d'autres questions complexes, comme les enfants, les finances ainsi que pleins de problèmes familiaux importants qui limitent leur choix. Une grande préoccupation est toujours présente à savoir celle que la femme reste toujours en danger potentiel, davantage même au fur et à mesure que la violence augmente. Elles ont déclaré que la victime a "un faible estime de soi et se sent très isolée», y compris de sa famille et de ses amis. Tous ces éléments ont souvent empêché la femme de se sortir de cette situation.

- Les interactions des soignants envers les survivantes :

La femme doit être prise en charge et traitée avec empathie, des attitudes respectueuses. Il est important de faire refléter des attitudes objectives, de ne pas prendre partie et de rester neutre. Il faut toujours garder à l'esprit que la victime peut appartenir à tous les groupes économiques, culturels et ethniques.

- Le rôle des infirmières face aux femmes victimes :

L'équipe soignante doit adopter un contact émotionnel avec chaque victime, de manière à donner des soins en faisant preuve de respect. Il faut traiter la femme victime comme un être unique dans une situation unique. Les infirmières sont les premières à prendre contact, à reconnaître les problèmes, à fournir les informations, les connaissances, le soutien, les ressources et surtout la sécurité. Elles doivent accepter le fait que même si elles peuvent offrir de l'aide à la victime, cette dernière a le droit de ne pas l'accepter ! Les infirmières ne peuvent pas posséder les problèmes des victimes ni faire des choix ou prendre des décisions pour la victime. Elles ne peuvent pas non plus s'appuyer sur des stéréotypes, agir sur des préjugés ou prendre part à la colère qui est parfois projetée envers eux.

Question numéro 2. : Quelles sont vos attitudes au sujet de l'auteur?

- Les 3 mêmes types de catégories de la question précédentes sont ressortis :

1. les attitudes à l'égard des auteurs de violence,

2. les interactions des soignants envers les auteurs,
3. le rôle des infirmières face à ces auteurs.

Un thème général est ensuite ressorti de cette question : le fait que les infirmières n'ont que très peu de connaissances en ce qui concerne le système de justice pénale.

- Les attitudes à l'égard des auteurs de violence :

Les auteurs sont dangereux. Ils peuvent répéter l'épisode de violence, même être encore plus violents. Les infirmières ont le besoin de connaître leur potentiel de violence. Les auteurs ont peut-être besoin d'être incarcérés, ou il y a besoin d'une intervention de police pour protéger la famille et la victime. L'auteur est défini comme une personne qui a un manque d'estime de soi, souvent en lien avec une question de pouvoir et de contrôle. Peut-être sont-ils victimes d'une société violente, ont-ils aussi besoin d'aide ? L'auteur est considéré comme une partie du problème mais aussi comme une partie de la solution.

- Les interactions des soignants envers les auteurs :

Les soignants doivent porter un jugement neutre, la colère doit être mise en veilleuse de façon à ne pas laisser leurs préjugés ou leur attitude négative se glisser dans les soins. La victime voit l'auteur comme celui qu'elle aime, celui qui est le père de leurs enfants... Il arrive que la victime voie l'auteur comme un monstre, comme une personne qu'elle craint. Il faut parfois voir dans un contexte plus large car il y a des environnements sociaux ou culturels qui autorisent ou encouragent des actes de violence envers les femmes. Les infirmières sont bien conscientes qu'elles doivent garantir leur sécurité pour elles-mêmes ainsi que pour les personnes partageant le même environnement.

- Le rôle des infirmières face à ces auteurs :

Les infirmières travaillent avec d'autres prestataires de soins comme p.ex. des travailleurs sociaux qui sont des éléments essentiels pour le cadre du traitement de toute la famille. Les infirmières ont besoin de travailler en interdisciplinarité car elles ne peuvent pas tout gérer. Leur rôle principal est d'assurer leur sécurité, celle de la victime et des autres personnes impliquées dans l'épisode de violence.

Question numéro 3 : Commentaires additionnels.

De nombreux commentaires ont été ajoutés.

	<p>Les participants espèrent un résultat à long terme de leurs interactions avec la victime. Par exemple que celle-ci soit en fin de compte capable de quitter sa situation de manière à faire cesser la violence et de rester en sécurité. Si elle devait rester, les participants aimeraient qu'elle prenne conscience du risque accrue qu'elle et sa famille encourent. Les participants expriment l'espoir que l'éducation sur les violences domestiques change leurs attitudes, que l'identification des violences soit faite d'une manière plus accrue, qu'une intervention soit rapidement mise en place et que la collaboration avec d'autres professionnels soit faite à chaque fois. Les infirmières souhaitent qu'elles deviennent des défenseurs pour les services sociaux et de santé (prévention dans les écoles) et qu'il y ait une augmentation des financements pour des programmes de prévention, etc.). Ils espèrent que les soins qu'ils ont prodigué aux femmes battues soient utilisés par celle-ci afin qu'elles deviennent des défenseurs pour elles-mêmes ainsi que leurs enfants ou même pour d'autres femmes victimes de violences domestiques.</p>
<p>Discussion/ Conclusion</p>	<p>Les infirmières décrivent la femme battue de manière objective. Pour elles il s'agit d'une femme qui est adulte avec des choix, une faible estime et qui se sent isolée. Les infirmières ne doivent pas avoir de stéréotype et sont obligés d'adopter une attitude de respect, de bienveillance et d'empathie. La victime est décrite selon deux aspects : le premier, une femme adulte qui a subi une agression violente et le deuxième, une patiente à laquelle elles doivent accorder des attitudes spécifiques afin de fournir des soins infirmiers professionnels. L'utilisation du mot « survivante » par l'intervieweur a été délibérément choisie pour indiquer les points forts et le fort potentiel d'une femme qui a subi une violence physique, persistante mais qui a de la volonté de rester et de continuer, qui est une adulte ayant le droit de prendre ses propres décisions et qui a la possibilité d'utiliser ses atouts personnels pour atteindre un niveau de vie satisfaisant. Leur description de la personne en tant que victime, une personne qui crie au secours, qui est toujours en danger, qui est isolée de sa famille et de ses amis. La femme victime a souvent peur de sortir de cette situation. Le domaine de la violence domestique doit être étudié plus en détail. Les participants sont en harmonie avec leurs attitudes, le respect et l'autonomie du survivant. Ils ont souligné que les soins infirmiers doivent être effectués dans un cadre d'appui psychologique et de connaissances pratiques. Le touché émotionnel a été mentionné à plusieurs reprises. Pour les participants c'est une priorité de soins, tout comme fournir de l'aide et de la sécurité. Ils ont démontré leur compassion par leur tentative de comprendre les actions de l'agresseur, de trouver une raison pour expliquer ce terrible comportement. Dans les discussions ils ont essayé de comprendre l'auteur dans un contexte plus large, celui de l'environnement social et culturel.</p>

	<p>Il y a eu une question ouverte : Quoi d'autre ?</p> <p>Les participants ont parlé du modèle écologique de la promotion de la santé. Ils aimeraient que les survivantes reflètent une perspective intra personnelle incluant une augmentation de l'estime de soi, l'autonomisation et une prise de conscience accrue de choix qui s'offrent à elles.</p> <p><u>Limitations de l'étude</u></p> <p>Plusieurs limitations empêchent la généralisation des résultats.</p> <p>L'échantillon est limité à une ville dans une partie du pays. L'opinion des 13 participants ne peut pas être celle d'autres participants d'autres zones géographiques ou d'autres disciplines de soins. Les infirmières qui ne se concentrent pas sur ce domaine de pratique peuvent avoir des opinions et attitudes différentes. Ces résultats ne peuvent être généralisés sans recherches supplémentaires.</p> <p>Les 13 participants ont été une ressource pour l'examen des attitudes infirmières face à ces femmes et des auteurs. Ils ont fourni des indications sur les survivantes, les sentiments et les craintes, les pistes sur ce qu'ils doivent faire ou non. Ils ont mis un accent sur leurs propres dilemmes et les conflits en défendant l'autonomie de la survie et leur droit de décider, mais toujours en parlant de la femme comme victime. Ils ont clairement soutenu l'importance du fait que les étudiants en sciences infirmières soient formés dans le domaine des violences domestiques et qu'il y ait une possibilité de faire une formation continue afin de faciliter le perfectionnement professionnel. Les résultats de cette étude confirment le modèle écologique « Promotion de la santé » comme un cadre valable qui peut orienter l'étude et les recherches infirmières.</p>
Commentaires	<p>Cette recherche n'est pas très récente, elle date de 2001, sa publication de 2011. J'ai décidé de la garder car elle me semble pertinente et très intéressante pour ma question de recherche. La population est variée mais prend en compte des infirmières travaillant dans un service d'urgences. Celles-ci ont déjà pu pratiquer des dépistages de violences domestiques. Cette recherche m'apporte plusieurs pistes d'actions et des attitudes positives pour la pratique des soins infirmiers. Mais elle me fournit aussi des aspects négatifs à ne pas intégrer dans sa pratique, ce que je trouve très bien. Elle répond très bien aux critères d'évaluation, c'est ce que j'ai pu constater lorsque j'ai effectué son analyse avec les grilles que nous avons reçues lors de nos cours.</p>

Titre	Barriers to the Mandatory Reporting of Domestic Violence Encountered by Nursing Professionals
Auteurs	Smith, J., Rainey, S., Smith, K., Almares, C. & Groog, D., (2008).
Thème de la recherche/ Question/ But	Découvrir les obstacles/barrières auxquels les infirmières font face en ce qui concerne la déclaration obligatoire des Violences Domestiques (VD).
Type d'étude	Etude quantitative : Enquête
Population/ Echantillon	1'000 infirmières et infirmiers diplômés incluant des infirmières praticiennes choisies au hasard à partir d'une liste établie à la disposition du public par le Conseil de la Floride de soins infirmiers. Sur les 1'000 participants, 253 questionnaires ont été retournés. 69 participants n'ont pas rempli la section barrière ce qui laisse au total 184 questionnaires complets à analyser.
Méthode/ Devis (recueil données, analyse, outils...)	L'analyse quantitative a été approuvée par le comité d'examen institutionnel de Hillsborough County de Floride. Le questionnaire demandait aux participants d'identifier les obstacles qui les ont empêchés de dénoncer de la VD. Un total anonymat a été assuré tout au long de l'enquête. 16 variables ont été fournis aux participants qui ont dû les sélectionner afin d'identifier les obstacles. Ils ont été encouragés à dévoiler d'autres obstacles que ceux donnés. Les souvenirs d'une expérience personnelle ont été sélectionnés en tant que composante qualitative de cette étude. Des données démographiques ainsi que l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, les années d'expérience et le domaine d'expertise étaient recueillis. Pour l'analyse des données une valeur numérique a été attribuée à chaque questionnaire et les réponses ont été codées et saisies dans un tableau Excel. A partir de là, les données ont été analysées dans la SPSS. Les paramétriques, les statistiques descriptives ont été calculés à l'aide des analyses, fréquences, pourcentages et la théorie ancrée.

<p>Résultats</p>	<p>27% des participants ont répondu qu'ils soupçonnaient des abus mais n'en ont pas tenu compte, ce qui reflète la barrière « qu'il n'y a pas suffisamment de preuves ». C'est l'obstacle le plus fréquemment choisi à 32,1%. La deuxième considération la plus courante 16,51% fut que le patient «ne voulait pas rapporter l'épisode ». Les réponses des victimes peuvent être uniquement une méthode d'auto-préservation, et non pas la protection d'un agresseur. «Infirmière/patient la confidentialité » ressort à 9,17%. Voici encore quelques obstacles et valeurs qui sont ressorties : la perturbation dans les relations familiales (6.42%), la peur des représailles (5.5 %), le fait d'être mal à l'aise avec la situation (5.5%), pas envie de s'engager dans des procédures (4.58%), les autorités n'ont pas tenu compte des plaintes (4.58%), ne sais pas quoi faire (4.58%), intrusion dans la vie privée (3.66%), contrainte de temps (2.75%) et autre (2.75%).</p> <p>Les données démographiques ont été compilées pour l'analyse. Des 184 répondants, 68% (n= 1,25) possèdent au moins un baccalauréat. La population d'étude était principalement Caucase, toutefois les données d'entrée ont été recueillies à partir d'Hispaniques, d'Afro-Américains, de Caribéens noirs, d'Asiatiques et d'Amérindiens. La plupart des répondants étaient des femmes (n= 176), ce qui corrèle avec leur prédominance globale en soins infirmiers. La tranche d'âge médiane était de 46 à 65 ans. Aucune signification n'a été observée entre l'âge et le report des résultats. Une signification était présente pour les années d'expérience, avec la plus grande étant de plus de 25 ans.</p> <p>Sur les 181 réponses, 39,7% des répondants ont signalé des maltraitances et 108 n'avaient jamais signalé un abus. Quand les rapports d'abus ont été comparés avec l'expérience personnelle à l'abus, une différence significative dans des proportions a été observée parmi les 165 réponses valides (p <.001). Sur les 73 répondants qui ont fait rapport d'abus, 44,8% avaient eu une expérience personnelle avec la VD et 66,2% n'en avaient pas eu. Cependant, parmi les 108, 58,7% des répondants qui n'avaient pas déclaré d'abus, 18,4% avaient eu une expérience personnelle avec celui-ci, alors que 81,6% n'avaient pas eu d'expérience personnelle avec des abus Ici il y a un fort rapport de vraisemblance = 13,54, p < .001. 45% des répondants au sondage ont indiqué qu'ils ont été exposés à la violence domestique dans leur vie personnelle. 51% des cas impliquaient un membre de la famille, la plupart du temps la mère ou la fille. 21% des cas étaient mêmes des victimes. La consommation d'alcool a été citée comme un facteur incitant à la VD dans plusieurs cas. La grande majorité des agresseurs étaient des hommes, en particulier maris. Certaines des victimes ont demandé l'aide de la police, ont déposé les ordonnances, ont fui vers des abris et ont divorcé de leurs agresseurs dans la poursuite de la sécurité. Malheureusement, les enfants et les victimes âgées étaient essentiellement sans défense contre la violence. Les</p>
-------------------------	--

	<p>infirmières détiennent un point de vue éclairé personnel en ce qui concerne la VD, et sont donc particulièrement qualifiés pour identifier les signes de violence et d'intervenir de manière appropriée. Cette étude a été limitée par sa taille de l'échantillon. Les lois sur le signalement sont spécifiques à son Etat. Par conséquent, les lois de la Floride ne peuvent pas s'appliquer à d'autres Etats.</p>
Discussion/ Conclusion	<p>L'éducation est cruciale pour le développement d'une plus grande prise de conscience et une compréhension plus grande au sujet de la VD. Il est essentiel qu'il y ait des soins multidisciplinaires appropriés pour une meilleure prise en charge. Les lois obligatoires sur le signalement sont impératives. Il faut aussi fournir des orientations réalistes aux soins de santé et d'autres professions. Les décideurs politiques doivent clarifier les définitions juridiques et établir des protocoles. Les professionnels de santé doivent examiner leurs propres attitudes envers la violence conjugale. Les résultats de cette étude démontrent que les infirmières ne sont pas embarrassées par leur propre l'expérience. En fait, ceux qui ont subi des violences sont beaucoup plus susceptibles de parler.</p>
Commentaires	<p>Je trouve important de tenir compte des obstacles/barrières lors de la déclaration de la VD. Cela nous permet de mieux se rendre compte de ce qui peut empêcher la violence domestique... Cette étude nous montre que la VD n'est parfois pas décelée comme il le faudrait. Beaucoup de cas de VD passent inaperçu, Ceci est un grave problème pour la pratique des infirmiers. En effet, si la VD n'est pas décelée à temps, sa conséquence la plus grave est la mort. A ce moment, il serait trop tard pour intervenir. Cette étude va permettre de lancer de nouvelles questions de recherches/problématiques. Ceci permettra d'avoir un bon avancement dans la pratique des soins infirmiers. L'étude répond très bien aux critères d'évaluation : c'est ce que j'ai pu constater lorsque j'ai effectué l'analyse avec les grilles que nous avons reçues lors de nos cours.</p>

Titre	Domestic Violence in the emergency departement: How do women prefer to disclose and discuss the issues?
Auteurs	Hayden, S., Barton, E. & Hayden, M. (1997).

<p>Thème de la recherche/ Question/ But</p> <p>Type d'étude</p>	<p>Examiner les femmes se présentant dans un service d'urgence et déterminer la meilleure façon d'identifier et de discuter des questions de la Violence Domestique (VD).</p> <p>Enquête descriptive</p>
<p>Population/ Echantillon</p>	<p>Echantillon total= 234 femmes Age moyen des femmes répondantes : 34 ans</p>
<p>Méthode/ Devis (recueil données, analyse, outils...)</p>	<p>Dans deux services d'urgences hospitaliers universitaires en Californie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. un centre de traumatologie urbaine, 2. un centre de traumatologie de riche banlieue. <p>Distribution d'un questionnaire anonyme aux femmes se présentant avec des signes de VD dans un service d'urgence. Un questionnaire anonyme est distribué lors du triage aux femmes qui sont suspectes d'avoir subi des VD par une infirmière responsable du triage. L'étude est menée sur une période de deux mois de janvier à février 1996. Il a fallu l'approbation du comité des hôpitaux pour administrer un instrument d'enquête anonyme. Ce questionnaire est disponible en anglais et en espagnol</p>
<p>Résultats</p>	<p>Sur 332 questionnaires distribués seuls 234 ont été remplis et retournés.</p> <p>72% des femmes se disent être plus confortables de discuter et répondre aux questions touchant la VD avec des femmes professionnelles de la santé. 74% des femmes victimes actuelles ou passées se sentent plus à l'aise de parler à des femmes. 36% des femmes victimes actuelles ou passées sont d'accord de révéler de la VD seulement si la question est</p>

	<p>posée directement. 25% se porteraient volontaires à répondre spontanément à cette question. 11% seulement ne divulgueraient pas des VD même si demandées directement. 32% des victimes actuelles ou passées se sentent à l'aise de parler de VD avec un médecin des urgences. 40% avec une infirmière des urgences. 24% avec l'infirmière du triage 27% avec une assistante sociale. 8% des femmes ne veulent pas parler de VD. 35% ne parleraient pas de VD si elles savaient que celles-ci seraient signalées selon la loi obligatoire. 21% n'en parleraient pas même si les VD n'étaient pas dénoncées. Il n'y a pas de différences significatives entre les 2 établissements.</p>
<p>Discussion/ Conclusion</p>	<p>Les résultats de cette étude sont en concordance avec ceux de plusieurs études sur l'incidence de la VD chez les femmes se présentant dans un service d'urgence. La VD reste un problème important chez les femmes se présentant aux urgences, soit avec des blessures très graves ou dans un état critique qui les conduirait vers la mort à moins qu'une intervention appropriée ait été mise en place pour interrompre les cycles de la violence. La plupart des femmes (89%) seraient à l'aise de divulguer la VD à une infirmière, avec seulement 11% qui refuseraient même si demandées directement. 36% la divulgueraient seulement si la question était posée. Ce résultat suggère que les médecins et les infirmières des urgences pourraient développer une série de questions types à poser à toutes les femmes suspectées d'avoir subi de la VD. Ces questions pourraient entrer dans l'histoire de la routine des soins. Schiavone et Schalber supprimer ce mot ont suggéré un certain nombre de questions sur lesquelles on pourrait se baser. Il y aurait aussi possibilité de faire remplir un questionnaire sur l'état général de la santé en y incluant certaines des questions utilisées dans cette étude. Poser de telles questions au moment où la femme se trouve dans un box est idéal : beaucoup de femmes se sentiront à l'aise de discuter de ces questions car le cadre est privé et sécurisant, la femme se trouve face à l'infirmière qui va s'impliquer dans la prise en charge ultérieure. Le cadre privé est une notion importante pour la femme, car ce qui sera dit ne sera entendu que par l'infirmière. C'est pour cela qu'il est important de séparer la femme de son agresseur le temps de l'examen. Les femmes ont peur des répercussions qu'il y aura si elles décidaient de parler et de dénoncer la VD. Il est important que dès qu'une plainte est posée la police puisse de suite enquêter sur la situation et intervenir pour protéger la femme et ses enfants. Ce critère est dans la plupart des cas ce qui retient</p>

	les femmes à parler.
Commentaires	Cette étude n'est pas récente, elle date de 1997. J'ai décidé de la garder car elle me semble pertinente et très intéressante pour ma recherche. La population est variée mais elle prend en compte des infirmières travaillant dans un service d'urgences. Cette recherche me montre que nous, infirmières, sommes les personnes avec qui les femmes battues sont en confiance, que c'est avec nous qu'elles auraient le plus de facilités à parler et à divulguer la VD. Je trouve aussi très intéressant de savoir s'il est plus pratique de poser directement la question par vive voix ou par un questionnaire composé de questions types. Lorsque j'ai effectué l'analyse de l'étude avec les grilles que nous avons reçues lors de nos cours, j'ai pu constater qu'elle répond très bien aux critères d'évaluation.

Titre	Improving emergency care for battered women
Auteurs	Echarte Pazos, J.L., León Bertrán, N., Puente Palacios, I., Laso De La Vega Artal, S., Díez Fuentes, E. & Martínez Izquierdo, M. T. (2010).
Thème de la recherche/ Question/ But	Analyser l'utilisation fréquente des services de santé par des femmes battues, les facteurs de risques, la détection par le personnel soignant, l'aiguillage vers les services sociaux en vue de l'amélioration de la qualité des soins.
Type d'étude	Etude de cohorte prospective
Population/ Echantillon	Femmes ayant assistées à des Violences Domestiques (VD) venant chercher de l'aide dans un service d'urgence.
Méthode/	L'étude a été menée par le Department of Municipal Healthcare Institute (IMAS) Emergency Department (ED)

Devis (recueil données, analyse, outils...)	<p>entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2004. Les chercheurs ont évalué la mise en œuvre correcte et l'achèvement de la mise en place de protocole ainsi que l'adoption de mesures visant à améliorer la qualité des soins. Les critères d'inclusion étaient des femmes qui se sont rendues au IMAS ED pour des violences domestiques, ainsi que celles qui étaient soupçonnées d'être victimes d'un tel traitement sans qu'elles ne le disent lors de la consultation. Les données ont été obtenues à partir d'une carte anatomique qui est une feuille dont l'achèvement est obligatoire, en trois exemplaires: l'original a été transmis dans un rapport d'autorité judiciaire, une copie a été annexée au dossier du patient avec les antécédents médicaux, et le troisième a été renvoyé au service de documentation médicale avec une photocopie pour les services sociaux (SS). Les données suivantes ont été incluses: l'âge, les antécédents psychiatriques (alcool, usage de drogues), la nationalité, le lieu de l'agression, les témoins, l'intention de l'action judiciaire, les ou des plaintes précédentes, l'agression précédente, l'agresseur, (le mécanisme de l'agression, la détection par le personnel de santé, le nombre de visites par an chez le médecin ainsi que sa fréquence, les motifs de consultation et les facteurs de risque. Les chercheurs considèrent une femme avec une présence fréquente si celle-ci s'est présentée au minimum trois fois au cours de l'année 2004, ils excluent les visites pour des violences physiques. L'examen des dossiers médicaux a été réalisé par deux experts du Comissió Tècnica de l'IMAS d'Atenició als Maltravament (CTIAM) Les données ont été analysées à l'aide de SPSS 15.0 pour Windows. T-test de l'étudiant a été utilisé pour la comparaison des variables quantitatives et test CHI2 avec correction de Fisher ou Pearson le cas échéant pour la comparaison des proportions.</p>
Résultats	<p>Le IMAS ED a assisté 157'482 patients de plus de 14 ans au cours de l'étude, dont 50,1% étaient des femmes. Les soignants ont identifié 604 cas d'abus. En ce qui concerne les antécédents médicaux, 21,2% des cas avaient des problèmes psychiatriques : 10,6% dû à la consommation d'alcool, 6,8% pour abus de drogues ou pour consommation de drogues. Près de la moitié des femmes étaient des victimes espagnoles. L'agression a eu lieu à la maison dans 68% des cas, dans 52% des cas des personnes ont été témoins, 72,4% des femmes ont exprimé l'intention de signaler l'agression, 83,1% avaient subi des attaques précédemment mais seulement 24% avaient dénoncé celles-ci ($p < 0,001$). Dans 80,6% des cas l'auteur était le mari et/ou le partenaire intime actuel. Le déclencheur le plus fréquent était les bagarres, provoquant à 90,1% des contusions. 93.4% des cas étaient des contusions légères. 10,4% des cas ont été détectés par le personnel soignant. 52,6% des femmes présentaient des facteurs de risques d'abus. Parmi les cas traités pour la VD, 29,6% étaient des utilisateurs fréquents des ED. Voici les différences entre les non-utilisateurs et les utilisateurs fréquents des ED : les femmes</p>

	<p>qui les utilisaient fréquemment étaient significativement des femmes avec la nationalité espagnole, des antécédents psychiatriques, la consommation de drogues, des plaintes précédentes. Celles qui utilisaient très peu les ED présentaient des troubles psychiatriques, des problèmes gynécologiques, des traumatismes, des troubles gastro-intestinaux et des problèmes neurologiques lors des consultations précédentes. Ces troubles sont significatifs à ($p < 0,001$). Les facteurs de risques étaient les suivants : l'augmentation des épisodes de violences, la grossesse, les avortements antérieurs, une tentative de suicide et de la jalousie. Dans 3% des cas la documentation n'a pas atteint l'IMAS ED et donc la notification pour les services sociaux n'a pas été effectuée.</p>
<p>Discussion/ Conclusion</p>	<p>L'ED est l'un des points d'entrée au système des soins de santé par les femmes qui souffrent de VD. Ce contact peut être un moment crucial pour l'identification précoce de la VD. Il faut bien garder à l'esprit que bien même que 60 cas aient été détectés par les professionnels de la santé du IMAS ED reste un taux extrêmement faible. Le degré de la sensibilisation et la vigilance des professionnels de la santé influencent profondément la capacité d'intervention par le système de santé. La détection précoce est nécessaire pour empêcher l'escalade, l'entretien et les séquelles de la VD. Compte tenu des résultats obtenus de leurs études, les chercheurs concluent que les visites fréquentes des femmes aux urgences présentaient souvent des troubles psychiatriques, l'usage de drogues, des facteurs de risques d'abus. Tous les cas de VD présentent des répercussions psychologiques. Ils estiment que 60% des femmes victimes présentent des problèmes psychologiques graves, ils ont constatés que 1 femme sur cinq a de nombreux symptômes psychosomatiques, des détresses psychologiques ainsi que des blessures physiques. Dans les cas les plus graves, les femmes ont développé des troubles mentaux chroniques graves comme un syndrome de stress post-traumatique, de l'anxiété ou une dépression. Les soignants doivent par conséquent être vigilants lorsqu'ils sont confrontés à des attaques de paniques, des troubles anxieux et une dépression car ceux-ci constituent les conditions les plus courantes des patientes. Les femmes victimes ont parfois recours à des médicaments ou à des drogues comme moyens d'évasion. Il n'y a actuellement pas suffisamment de preuve montrant la différence dans les caractéristiques psychologiques entre les femmes victimes de VD et celles qui ne le sont pas mais les troubles et les problèmes psychologiques sont la conséquence de l'abus et non pas la cause. Un peu plus de la moitié des cas (52%) étaient des immigrantes. Ce résultat doit être interprété avec prudence : les utilisateurs des hôpitaux de cette étude proviennent principalement de groupes à faible revenu ayant un faible niveau d'instruction. Les secteurs privilégiés ne sont pas représentés. La perception que la VD se trouve essentiellement dans les couches inférieures de la société est erronée. S'ils incluent toutes les formes de VD, celle-ci affecte aussi les gens de n'importe quel âge, race,</p>

	<p>culture ou classe sociale. Dans leur série de résultats, les chercheurs ont mis en évidence que 74,2% des victimes ont exprimé l'intention de dénoncer l'incident, dont 83,1% avaient déjà subi des épisodes précédemment mais de ceux-ci 23% avaient été déclarés. Ces données confirment que la VD n'est pas un événement isolé puisque la plupart des actes de VD suivi d'un motif d'abus continu résulte à faire face à des mécanismes comme une réinterprétation de la réalité ou d'auto-accusation qui facilitent de nouvelles violences provoquant l'association de symptômes chroniques. Le diagnostic principal dans la grande majorité des cas était des blessures physiques légères. Toutefois la VD a également d'autres formes de mauvais traitement : des violences psychologiques, sexuelles, l'isolement social et le contrôle peuvent coexister et sont souvent secrets. Après l'étude, le CITAM a adopté une série de mesures visant à améliorer la qualité de l'aide face aux femmes se présentant fréquemment aux urgences après avoir subi des violences. Ces mesures sont :</p> <p>La formation du personnel dans le domaine de la VD : chaque année une session de formation est prévue pour le nouveau personnel.</p> <p>La carte anatomique a été informatisée. Celle-ci a été mise en place pour éviter la perte de la documentation. De cette façon tous les cas sont signalés aux centres de soins de santé primaire.</p> <p>Le dépistage systématique est maintenant recommandé pour les femmes se présentant fréquemment dans un ED pour des troubles non spécifiques notamment gynécologiques, traumatiques, psychiatriques, gastro-intestinaux et neurologiques. Ce dépistage entraîne une augmentation significative des cas détectés. Les médecins des urgences ainsi que les infirmières occupent une place importante, privilégiée pour la détection précoce de la VD pour le diagnostic de traumatismes psychologiques et physiques associés, pour les interventions en cas de détection de VD. Il est donc important d'attirer l'attention sur la responsabilité des professionnels de la santé quand ils soupçonnent, détectent et signalent les cas de VD.</p>
<p>Commentaires</p>	<p>Cette étude répond parfaitement aux critères de la grille d'analyse. Elle apporte de nouveaux éléments pour ma revue car elle décrit les antécédents médicaux, les troubles liées à la VD et amène des pistes d'actions nouvelles pour la pratique. Elle décrit comment, où et par qui la VD est appliquée. Elle met en évidence les classes sociales et explique bien que tous les milieux sociaux sont touchés mais sans signification dans cette étude vu que la population principale est constituée d'immigrée venants d'une classe défavorisée. J'ai donc décidé de la garder car elle me semble pertinente et très intéressante pour ma question de recherche.</p>

Titre	Knowledge and Attitudes of Nurses Regarding Domestic Violence and their Effect on the Identification of Battered Women
Auteurs	Natan, M.B. & Rais, I. (2010).
Thème de la recherche/ Question/ But	Examiner l'effet des connaissances infirmières, des routines des départements et les attitudes sur l'identification des femmes battues.
Type d'étude	Etude quantitative descriptive
Population/ Echantillon	100 infirmiers/ères travaillant dans un hôpital et un centre communautaire en Israël et qui rencontrent les femmes au quotidien dans des services d'urgence, des maternités, des services gynécologiques, des salles d'accouchement, des cliniques mères-enfants et des centres de santé. Les infirmiers/ères étaient âgées de 22 à 64 ans. 8,9% étaient des hommes, 91,5% des femmes. La population de cet échantillon était composée de personnes originaires de plusieurs pays comme Israël, l'ex Union soviétique, l'Ethiopie. Certains aussi étaient Juifs occidental ou oriental. Les participants avaient tous une formation différente telle qu'infirmière praticienne, infirmière généraliste, infirmière titulaire d'un baccalauréat et des infirmiers/ères titulaires d'une maîtrise.
Méthode/ Devis (recueil données, analyse, outils...)	Le questionnaire a été adapté par la recherche Parsons et al. Le questionnaire original a été fondé sur des études publiées dans deux revues infirmières et dans la littérature qui comprenait 47 articles. Les réponses ont été données sous forme d'échelle dichotomique, c'est-à-dire que les participants ont répondu par oui ou par non. Une question portait sur l'expérience des soins accordés aux victimes dans un refuge pour femmes battues. Il y avait 13 questions sur les attitudes envers la violence comme par exemple « Il n'y a aucun moyen pour identifier la violence ». Une autre question portait sur les intentions futures envers les patientes en matière de violence. Ces 13 questions se basaient sur une échelle de 1 à 6, les participants cochaient 1 s'ils étaient en désaccord total et 6

	<p>s'ils étaient en accord total. Les chercheurs ont ensuite demandé aux participants dans quelles mesures ils seraient d'accord de remplir les 9 actes nécessaires pour la procédure infirmière lors du traitement des victimes ayant subi des abus. Dans ces 9 actes il y a par exemple : fournir les numéros de téléphones grâce auxquels les femmes peuvent recevoir de l'aide et du soutien. Deux questions fermées ont été posées : « Quel est le nombre estimé d'incidents violents traités par le département ? » et « Combien de femmes victimes d'abus avaient été identifiées ? ». La validité du contenu a été évaluée par 6 infirmières qui sont expertes dans le domaine de la violence domestique (VD). Le questionnaire a été administré auprès de 20 infirmiers/ères réalisant un projet d'étude pilote. Sa fiabilité était de Cronbach $\alpha = 0,85$. Les réponses données par les 20 participants au projet ont été incluses dans l'étude finale.</p> <p>Après avoir obtenu l'approbation du comité institutionnel d'éthique, le questionnaire a été distribué par les chercheurs à 120 infirmiers/ères. 100 questionnaires ont été dûment remplis et retournés. Ce qui équivaut à un taux de réponse de 83%. Chaque questionnaire a été rempli en 10 minutes environ. Avant le remplissage du questionnaire les participants ont reçu des explications orales sur la façon de le remplir, le but de l'étude et leurs droits). Il leur a aussi été dit que le questionnaire restait anonyme et que celui-ci ne serait utilisé que pour les besoins de la recherche. Les participants savaient qu'ils n'étaient pas obligés de terminer le processus et que s'ils décidaient de mettre fin au processus il n'y aurait aucune conséquence négative.</p> <p>Les données ont été analysées à l'aide du logiciel le Statistical Package (pour les sciences sociales). Les statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les caractéristiques démographiques de l'échantillon et pour répondre aux items et aux sous-échelles. La moyenne et la norme des réponses ont été calculées. Les corrélations de Pearson et Spearman ont été utilisées pour déterminer la relation entre les variables.</p>
Résultats	<p>Environ les deux tiers de la population était composée d'infirmières en milieu hospitalier et le reste d'infirmières en santé communautaire. La fourchette d'âge des répondants était de 22 à 64 ans et la répartition des sexes était de 8,5% d'hommes et 91,5% de femmes. 66% des répondants étaient nés en Israël, 21% dans l'ex-Union soviétique, 3% en Ethiopie et 10% ont immigré en Israël en provenance d'autre pays. 58,6% de l'échantillon était composé de Juifs d'origine occidentale, 35,4% étaient des Juifs d'origine orientale, 3% étaient des Arabes, et 3% avaient une autre origine. Les formations infirmières étaient les suivantes : 2% d'infirmières praticiennes, 30% d'infirmières généralistes, 55% d'infirmières ayant obtenu un baccalauréat et 13% d'infirmières titulaires d'une maîtrise.</p> <p>En ce qui concerne la formation sur le thème de la violence, 44% des participants n'en ont reçu aucune. Parmi</p>

ceux qui ont reçu une formation, 28,2% ont appris sur la violence à travers des services d'éducatifs, 19,5% ont été exposés à des études sur la violence par le biais d'un cours avancé et seulement 14,1% ont eu une formation durant leurs études. En réponse à la question pour savoir si le dépistage des victimes de violences était une routine du ministère, 47% des participants ont attesté l'absence de toute routine, 53% ont répondu qu'il y avait une routine mise en place par le ministère.

Voici les résultats en ce qui concerne les intentions et le comportement réel à adopter : Les résultats des recherches indiquent que 37,5% des répondants sont d'accord sur le fait de remettre en question les patients sur la violence, 26% sont plutôt d'accord et 36,5% disent ne pas remettre en cause les patientes de sexe féminin en matière de violence. Plus de 60% des infirmières ont indiqué qu'elles ont l'intention de remettre en question les patientes au sujet de la violence dans le futur. Des tests de Spearman indiquent une corrélation entre l'intention à la question et le questionnement réel ($r=0,42$ $P<.01$). Les résultats montrent qu'une grande proportion de répondants est d'accord avec le fait qu'ils accomplissent la procédure requise quand ils s'occupent de femmes battues. Les actions mises en place lors de la procédure sont pour 96,8% soutenir la femme, lui fournir les numéros de téléphones à appeler pour demander de l'aide et du soutien à 95,7%, l'assignation d'une assistante sociale à 92,6%, lui fournir des informations et des conseils sur les services d'assistance à 90,3%, enregistrer l'information reçue à 83%, faire la programmation du suivi à 83% et recueillir des informations auprès des admissions précédentes pour obtenir des preuves de l'abus à 66%. Les répondants ont déclaré à un degré modéré que l'une des raisons de ne faire face à l'abus était le manque d'expérience ($M = 3.3$, $SD = 1.3$). 68% des répondants ont attesté avoir assisté de 1 à 50 incidents de VD tout au long de l'année écoulée, au cours de laquelle les femmes ont déclaré avoir été abusées avec une moyenne de 7 incidents signalés cette année. ($M=7.0$, $SD=9,5$). En moyenne 2 femmes ont été identifiées à la suite du dépistage ($M=2.0$, $SD=2.6$). Un maximum de 10 incidents ont été rapportés comportant l'identification de femmes battues.

Les attitudes des infirmières révèlent que le fait de demander aux patientes si elles ont subi des abus n'est pas insultant, qu'il existe des moyens d'identification lors de la VD et que cela est une partie importante de leur travail. La plupart des répondants sont d'accord sur le fait qu'ils sont équipés pour poser les questions et identifier les abus et que ceux-ci sont un problème médical crucial. Les répondants ne pensent pas que les femmes sont la cause de leur abus mais plutôt qu'il s'agit d'un phénomène anormal et/ ou normatif. Cependant 22,9% sont en accord avec l'affirmation selon laquelle ils se sentent frustrés parce qu'ils ne peuvent rien faire face à cette VD. 68% ont su répondre correctement à une question de connaissance contre 18% qui ont répondu correctement à 2 questions de connaissance. Afin d'examiner les variables qui influencent le questionnement des patientes par les

	<p>infirmières au sujet de la violence, des tests de Pearson ont été menés pour examiner les corrélations. Il y avait une corrélation positive entre la connaissance ($r=0,32$, $P<.01$), l'attitude ($r=0,36$, $P<.01$), la norme, qui est qu'elle soit effectuée dans le cadre de routine du ministère ($r=0,46$, $P<.01$), et les intentions futures à interroger les femmes sur la violence ($r=0,42$, $P<.01$).</p>
<p>Discussion/ Conclusion</p>	<p>La présente étude ajoute de nouvelles connaissances sur les perceptions infirmières, sur les obstacles et les facilitateurs lors d'un dépistage de routine sur la VD. Les infirmières en soins d'urgence devraient identifier les femmes battues et leurs besoins immédiats en évaluant la communication verbale des femmes et le comportement non verbal. Les infirmières doivent passer au crible les femmes et les interroger sur la violence passée et actuelle dans leur vie. Nelson et al. ont souligné l'importance de mener des enquêtes à un stade précoce de la visite médicale, ces rencontres étant comme un outil pour évaluer les dommages actuels ou futurs résultant de la violence domestique, avec notamment l'accent sur les patients qui n'ont pas éveillé les soupçons. Plus de 40% des infirmières ont déclaré lors du sondage ne pas avoir reçu de formation spécifique dans ce domaine. 16 infirmières ont indiqué qu'elles avaient effectué une évaluation des dangers après avoir identifié les abus ; certains répondants décrivent une telle évaluation comme une partie intégrante des soins aux femmes dans une situation de violence. Du fait qu'elles n'ont pas été largement et correctement formées pour mener une telle enquête, et en particulier sur la conduite d'une enquête concernant le niveau de danger, il peut en résulter une difficulté fréquemment rencontrée par les infirmières. Les résultats de recherche indiquent 2 tendances concurrentes existantes dans les domaines théoriques et pratiques : d'une part les infirmières sont conscientes de la violence domestique et comprennent l'importance de l'identification des victimes pour les aider à briser le cycle de la violence, les traiter et même prévenir la récurrence. Cependant, lorsque vient le temps de traduire ces convictions et les connaissances en actes réels, cette prise de conscience ne se manifeste pas dans la pratique. Les infirmières ne sont pas suffisamment qualifiées à agir et rapporter les faits tel que l'a décrétée la loi. Environ 40% ont déclaré qu'elles n'avaient pas traité les problèmes d'abus dans le cadre de leur travail. Ainsi, en dépit de la conviction des répondants de leurs capacités, celles-ci ne sont pas mises en œuvre. Les infirmières sont affectées par ces obstacles tels que le manque de compétence et de connaissances dans le processus d'identification et le dépistage des femmes battues. Ces obstacles conduisent à des pratiques d'insécurité et empêchent l'identification et l'interrogatoire des patientes sur les questions de la violence, ainsi directement et indirectement à empêcher l'identification et les soins des patients. Si les infirmières avaient une attitude positive et un fort niveau de connaissance, si le ministère maintenait une routine pour identifier les femmes battues, il y</p>

	<p>aurait de plus grandes chances que les enquêtes sur le sujet soient effectivement réalisées. Il est très important de la part des institutions d'encourager les infirmières à étudier le sujet en les préparant en leur donnant accès à du matériel éducatif, tels les circulaires résumant les procédures et les règles sur les abus. Cela devraient être complétés par des protocoles, des organigrammes ou par la gestion de cas décrits sur l'identification des femmes battues. Mis à part une étude indépendante, il est possible d'organiser des journées d'étude, des conférences et même afficher une présentation sur le sujet lors des réunions du personnel. Il est essentiel de consacrer une place particulière à ce sujet dans l'histoire médicale du dossier d'enquête, afin d'assurer une identification adéquate et le dépistage. Il est nécessaire de créer une atmosphère qui encourage l'enquête et l'ouverture sur l'abus. Sans le soutien et sans l'encouragement de ceux qui sont responsables, de nombreux détails importants sont laissés de côté. Une des limites de la recherche est l'utilisation d'une commodité d'échantillon qui pourrait créer une situation dans laquelle les participants sont divisés en catégories présentant des caractéristiques semblables. Une autre limitation est l'impossibilité de distinguer entre les attitudes, les convictions et leur mise en œuvre effective des répondants en ce qui concerne certaines de leurs déclarations examinées.</p>
Commentaires	<p>Cette étude date de 2010. Le questionnement ainsi que les résultats amenés par les auteurs sont exploitables et profitables pour la pratique des soins infirmier. Cette recherche avait pour but d'examiner l'effet des connaissances infirmières, les routines des départements et les attitudes sur l'identification des femmes battues. Elle apporte des moyens d'intervention à mettre en place lors de la prise en charge d'une femme battue. Cette recherche est construite de manière scientifique et cohérente. Les résultats sont d'une grande utilité pour ma recherche de littérature étoffée. J'ai donc décidé de l'inclure.</p>

Titre	Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences
Auteurs	Goldbalatt, H. (2009).
Thème de la	Explorer l'impact présent dans la vie professionnelle et personnelle d'une infirmière travaillant au dépistage de

recherche/ Question/ But	violences domestiques (VD).
Type d'étude	Etude phénoménologique
Population/ Echantillon	22 femmes israéliennes travaillant dans des hôpitaux et des cliniques de soins de santé communautaires dans le nord d'Israël. 19 travaillent dans des hôpitaux dont 14 dans le service des urgences et d'autres en médecine ou en maternité. 3 des participantes travaillent dans des cliniques de soins de santé communautaires. L'ancienneté de travail varie entre 1 et 25 ans. Toutes les participantes sauf une étaient mariées avec des enfants. Pour être incluses dans l'échantillon, les infirmières devaient avoir travaillé avec au moins une femme victime de VD dans l'année écoulée. Les infirmiers ont été exclus pour éviter d'éventuelles différences entre les sexes.
Méthode/ Devis (recueil données, analyse, outils...)	Cette étude s'est basée sur des témoignages d'infirmières expérimentées dans le domaine de la VD. Les collecteurs de données de premier cycle étaient 14 étudiants en soins infirmiers en quatrième année ayant effectué un séminaire d'une durée d'un an sur la recherche qualitative. Les 14 étudiants ont recruté des personnes interrogées au cours de leur formation clinique dans des établissements de santé. Ils les ont invité à participer à l'étude en disant qu'ils aimeraient en apprendre davantage sur l'expérience des infirmières intervenants auprès des femmes victimes de VD. Les étudiants ont appris les principes de la recherche qualitative, y compris la collecte de données et d'analyse. L'auteur a donné le séminaire et est le directeur de la recherche et de la formation. Il a fourni et donné des conseils à chaque étape. Les étudiants ont recueilli les données entre février et juin 2005 par des entretiens approfondis menés en hébreu dont chacun a duré environ 1 heure. Ils ont enregistré les entrevues sur des bandes magnétiques qu'ils ont ensuite transcrites mot à mot. L'auteur a vérifié l'exactitude de la transcription par l'écoute des bandes magnétiques. Sur la base des traditions phénoménologiques, les intervieweurs ont encouragé les participantes à raconter leurs histoires de façon réfléchie. Ceci leur a permis de construire leurs récits en fonction de leur temps disponible, leurs changements relationnels et spatiaux et des flux de données d'expérience, tandis que les questions ont été considérées comme essentielles pour la compréhension du sujet à l'étude (Clandinin et Connelly, 2000). Le guide d'entrevue portait sur des sujets professionnels tels que le dépistage, l'approche et le traitement des femmes victimes de VD et sur les informations concernant l'expérience des infirmières (pensées, sentiments, attitudes et réactions). Parmi les

	<p>autres sujets abordés figuraient les aspects de la vie personnelle des infirmières par rapport à leurs rencontres avec des survivantes de VD, des rencontres importantes avec par exemple les femmes victimes de violence mais aussi le sens de l'intervention auprès des femmes victimes et son impact sur les relations intimes des infirmières et leurs rôles parentaux et pour finir les perceptions des relations entre partenaires intimes.</p> <p>L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université de Haïfa. L'approbation a été également reçue par des infirmières, cheffes de chaque unité de soins de santé. Toutes les participantes ont reçu une brève explication des objectifs de recherche généraux, ont accepté volontairement de participer et ont signé une lettre de consentement éclairé. Les noms des participantes ont été changés pour l'étude afin d'assurer la confidentialité. L'analyse du contenu thématique a été menée selon les étapes de Corbin et Strauss (1998). Chaque chercheur a indépendamment lu chaque transcription d'interview ligne par ligne pour capturer et identifier les unités initiales de sens permettant d'en ressortir les thèmes principaux. Exemples de thèmes : Les sentiments évoqués lors d'une rencontre avec des femmes victimes de VD, L'impact qu'ont les rencontres entre l'infirmière et la victime sur la vie familiale de l'infirmière. Dans une deuxième lecture des transcriptions, les chercheurs ont progressivement identifié des thèmes et des sous-thèmes par rapport aux contextes et leurs contenus. Les deux thèmes cités ci-dessus sont ressortis à nouveau ainsi qu'un nouveau thème s'intitulant : « Les sentiments et les attitudes envers les femmes victimes de VD ». Les chercheurs ont examiné les analyses individuelles, ont discuté des disparités et ont cherché un accord concernant le contenu des thèmes et l'interprétation de leur signification. Alors que l'analyse des données a été réalisée dans la langue maternelle des participantes, l'hébreu, l'auteur a traduit l'interview en anglais pour cet article. Les chercheurs ont maintenu une crédibilité tout au long du processus de l'analyse de données. Des thèmes ont été retenus, améliorant ainsi la fiabilité de l'étude. D'autres thèmes ont été exclus, par exemple : «Le stress dû à la charge de travail général» ; «La souffrance des femmes victimes de violence par rapport aux patients «souffrant» ont été jugés comme marginaux dans leur contribution à la compréhension du phénomène étudié.</p>
Résultats	<p>L'analyse des données a révélé un thème principal : « Lutter sur le front du travail et à la maison ». Il s'agit d'une lutte permanente pour les infirmières sur ces deux fronts : le travail et le domicile suite aux rencontres avec la violence familiale. Ce thème principal est basé sur deux sous-thèmes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • «La rencontre avec la violence domestique: un défi pour les infirmières, la perception du rôle professionnel ». <p>Ce thème se rapporte au plan de travail où les infirmières sont face à leurs perceptions de rôle professionnel remis en question par un flot d'émotions et des attitudes de jugement.</p>

• «La séparation entre le travail et la maison», se référant au domicile où les infirmières tentent de bloquer l'impact de la VD afin de ne pas être envahies dans leur sphère privée, leur maison et leur famille. Rencontrer des femmes victimes provoque une gamme de réactions, une identification avec la victime. Il est alors important d'établir des limites claires entre l'infirmière et la victime.

• **«La rencontre avec la violence domestique: un défi pour les infirmières, la perception du rôle professionnel ».**

Vécu de Sara : Elle a essayé de se mettre à la place de la victime, n'a pas trouvé de solution et s'est sentie prise au piège. Elle a subi une énorme frustration incurable. Sara est émotionnellement accablée par les frontières qui se trouvent entre elle et les patientes. Elle a pleuré avec la victime. Elle a éprouvé des difficultés à se distancer de la victime et de son expérience. Ceci symbolise une forte identification de l'infirmière avec la survivante dans sa propre frustration et son impuissance face à la situation. Cette infirmière aura dans son témoignage illustré le pôle de l'identification.

Vécu d'Anita : Pour elle il est important avant tout de savoir si la femme a vraiment été victime de VD. Ensuite, elle cherche quelle aide elle va pouvoir offrir à la victime, à qui elle doit signaler l'abus. Car tout ceci fait partie de son travail, c'est son devoir. Elle se sent responsable de la victime. Elle trouve difficile de parler de ses sentiments car elle ne pense pas aux émotions lorsqu'elle travaille. Elle n'a pas le temps pour cela. D'après Anita, le fait de penser à ses sentiments l'empêcherait de fonctionner de manière professionnelle. Mais une fois convaincue que la femme a été abusée, elle ressent de la pitié pour elle. Ce n'est pas professionnel selon elle de se sentir en colère envers les femmes qui ne « veulent » pas sortir de leur situation. « Je ne suis pas censée juger les patientes ». Son travail consiste à soutenir et conseiller les victimes et non pas à les juger. Cette infirmière aura dans son témoignage et son expérience utilisé une attitude de mouvement face à la victime.

Les rencontres avec des femmes victimes de VD ont soulevé des questions critiques concernant le rôle professionnel et la responsabilité éthique d'Anita « Comment devrait-elle agir pour soulager la femme victime en détresse ? Et comment contrôler ses propres émotions afin d'effectuer son devoir de manière adéquate ? ». Anita est frustrée par l'incapacité de soulager l'angoisse de la victime. Elle évoque certaines émotions comme la colère et la compassion accompagnées par un fort sentiment de responsabilité.

Vécu de Mira : Le témoignage de Mira va montrer qu'elle a su mettre des limites claires, qu'elle a trouvé plusieurs façons de lutter avec la dissonance de son image professionnelle. Elle se place bien dans son rôle professionnel. Elle sait qu'elle est infirmière et non psychologue ou autre chose. En moyenne, elle a 14 patientes à charge, donc

elle n'a jamais le temps de s'asseoir et de parler aux patientes afin d'obtenir leur confiance... Mira aimerait pouvoir les aider et les traiter correctement mais dans certaines circonstances, elle pense ne pas pouvoir développer une relation active avec la femme victime. vraiment participer a une relation active avec la femme violentée. Elle dit que honnêtement elle n'aime pas prendre en charge les femmes battues car elles sont trop effrayées et ne coopèrent pas pour essayer de résoudre leurs problèmes. Mira n'est pas capable de traiter un sujet en profondeur si la patiente ne l'affecte pas. Cette infirmière arrive à faire la part des choses entre la maison et le travail. Quand elle est infirmière, elle administre des médicaments, soigne des blessures, fait de son mieux pour ne pas être influencée dans ses choix. Une fois son service terminé, elle laisse tout son travail derrière elle de même que ses expériences de la journée afin de pouvoir rentrer à la maison l'esprit libre. Ce témoignage n'est peut-être pas idéal, car l'infirmière n'est pas impliquée dans la relation avec la femme battue, de même qu'elle n'aime pas prendre en charge les femmes battues.

Pour en revenir à Sara, c'est le contraire c'est le contraire de Mira : elle se trouve submergée quand elle se retrouve face à une situation de femme battue. Quant à Mira, elle a la faculté d'éviter cette complication émotionnelle. Mira choisit ses fonctions de soins infirmiers de façon sélective et ne perçoit pas d'assister à des abus de détresse émotionnelle de survivantes en tant que priorité de soins infirmiers. En conséquence, Mira néglige le côté bienveillant de sa profession. Elle effectue seulement l'aspect médico-physique des soins, répondant ainsi à son objet principal. Elle se protège contre l'angoisse et l'impuissance. Ceci lui permet de bloquer l'impact de la violence domestique afin que celle-ci n'envahisse pas la sphère privée de sa vie.

• **«La séparation entre le travail et la maison»**

Dans ces divers témoignages, plusieurs éléments intéressants sont ressortis sur la manière/façon dont la rencontre des infirmières avec la VD peut provoquer des émotions intenses et souvent contradictoires. Les infirmières utilisent l'empathie avec les femmes victimes, elles essaient d'aider, mais ont aussi besoin de se protéger contre les conséquences résultant des émotions. A la fin de la journée, ces infirmières, une fois à la maison, remettent en cause la bonne façon de traiter ces patientes. En conséquence, les rencontres avec des femmes victimes de VD se répercutent sur le domaine de la vie privée des infirmières et, en plus de relever le défi de leur identité professionnelle, elles se trouvent aux prises avec l'impact sur le domaine de leur vie intime en tant que femme, épouse et mère. Il est souvent difficile et assez flou de poser ses limites personnelles à une séparation entre le travail et le domicile. Le témoignage de Ruth, infirmière, illustre comment, parfois, les rencontres au travail avec des femmes ayant subi des VD envahissent les limites personnelles en tant que

femme.

Vécu de Ruth : Elle a vécu une situation de VD qui restera gravée à jamais dans sa mémoire. Il s'agit d'une femme qui est arrivée aux urgences en ambulance, le visage complètement écrasé. Ruth n'oubliera jamais cette image terrible. De toutes ses rencontres avec des femmes battues, celle-ci fut la plus dévastatrice car le visage de cette victime avait été complètement détruit. Cela l'a très touché car la première chose à laquelle Ruth a pensé en voyant cette femme fut que chaque femme, en se levant le matin, se regarde dans un miroir pour vérifier si elle est toujours aussi belle que la veille. Cette victime ne pourra plus jamais le faire comme avant. Elle dit dans son témoignage que pendant plus de deux jours entiers, elle ne pouvait plus se regarder dans un miroir. Si elle le faisait, elle voyait le visage de cette femme couverte de sang. Son sentiment le plus fort lorsqu'elle travaille avec des femmes victimes est le suivant : Est de constater : « Il est beaucoup plus épuisant de travailler avec des sentiments pour les femmes victimes que de rester sur ses pieds toute la journée ».

Dans cette triste histoire la victime a perdu son identité de femme par le biais des dommages causés à son visage. Ruth perd aussi un peu de son identité à ce moment-là quand elle se regarde dans le miroir. Cette infirmière conclut qu'elle préfère abandonner certains aspects émotionnels et la bienveillance de sa profession pour se consacrer aux aspects physiques des soins infirmiers.

Vécu d'Ilana : Quand Ilana était encore jeune diplômée, elle prenait son mari comme psychologue. A son retour à la maison elle lui racontait tout. Elle avait besoin d'un encouragement affectif, de se sentir plus sûre pour se confirmer que ceci ne lui arriverait pas et qu'elle avait choisi la bonne personne comme mari. Ilana dit que la rencontre avec des femmes maltraitées a façonné ses méthodes de discipline non-violentes en tant que mère.

Ilana sonde ses sentiments suite à une rencontre avec des femmes violentées, déplaçant ainsi le continuum de réaction. Cela peut susciter des craintes de mauvais traitements, mais il peut aussi jouer un rôle vital dans l'élaboration de ses relations en tant que femme et mère:

Un point important ressort : personne n'est immunisé contre les abus et ce constat suscite la peur et une incertitude profonde sur la propre vie des infirmières et la sécurité de leurs enfants. Les infirmières ont besoin de preuves que leur réalité est différente, que leurs maris les soutiennent émotionnellement ce qui les rassurerait que leurs maris ne sont pas des hommes violents. Yulia est à l'autre côté du continuum: elle empêche l'enchevêtrement entre famille et travail en voulant délibérément une séparation entre ces deux mondes:

Vécu de Yulia : Elle essaie de tout faire pour séparer le travail de la vie familiale. Elle est une mère et elle fait de son mieux pour ne pas brouiller les frontières entre la vie professionnelle et la vie privée. Elle dit bien qu'elle rencontre beaucoup de situations difficiles qui comprennent des femmes et des enfants touchés par la VD. C'est

	<p>pour cela que quand elle rentre du travail, elle embrasse ses enfants encore et encore et elle remercie sa bonne étoile pour être la mère de ces enfants.</p> <p>Yulia a du mal à se détacher de son rôle de mère au travail. Or se détacher est vital pour préserver un bon sentiment de soi et pour garder le contrôle sur sa vie privée. Cette séparation met l'accent sur les aspects positifs de sa famille pour lesquelles Yulia se sent reconnaissante.</p>
<p>Discussion/</p>	<p>Les limites de l'étude : D'abord cette étude est basée sur un petit échantillon raisonné d'infirmières. Alors que les demandes de transfert sont limitées, une telle méthode permet la collecte de données rigoureuses sur le sujet et une compréhension en profondeur de l'expérience des infirmières rencontrant des femmes victimes de VD. Par ailleurs, le recours à des étudiants pour la collecte de données pourrait avoir influencé la coopération des participantes à partager leurs histoires en raison de l'inexpérience des étudiants à interroger et leur réticence potentielle de poser des questions sur des sujets sensibles et intimes. Néanmoins, la plupart des personnes interrogées ont volontiers assumé le rôle d'informateur pour partager leur expériences avec les étudiants.</p> <p><u>Discussion des résultats</u> : Une rencontre avec la VD est une situation dramatique qui remet en question les attitudes, les perceptions des infirmières entre les sexes et les modes de vie privés des femmes, des partenaires intimes et des mères. Elles sont censées prendre soin de leurs patientes en ajustant leurs écrans émotionnels, afin de répondre à leur rôle professionnel spécifique de gérer les émotions personnelles et l'efficacité au travail. Toutefois, ces rencontres induisent des réactions émotionnelles intenses envers les femmes victimes de VD telles la colère, l'impuissance, la confusion et l'ambivalence. Cela crée des émotions qui doivent/devraient être supprimées. Cela peut provoquer un traumatisme chez les infirmières. Les femmes victimes de violence construisent souvent une dynamique de leur réalité comme supportable ou même non-violente. De telles situations remettent constamment en question les performances des infirmières. Une infirmière doit faire face aux problèmes affectifs, à la charge de travail, au fait d'empêcher le débordement dans sa vie privée. Les infirmières sont habituées à traiter les blessures physiques et sont professionnellement orientées vers l'accomplissement de l'aspect ou les compétences cliniques et les attributs techniques de leur profession, ce qui permet une sorte de stratégie de défense pour éviter toute implication émotionnelle trop profonde dans des situations où il faut traiter des problèmes trop douloureux. Une telle stratégie est peu avantageuse pour les infirmières des urgences, dont le travail de base est presque exclusivement basé sur l'aspect bienveillant. Il est important de garder à l'esprit que les femmes victimes de violence souffrent également de blessures émotionnelles invisibles, souvent plus graves que les blessures physiques. Comme révélé dans leurs récits, les infirmières sont conscientes de l'aspect de la</p>

<p>Conclusion</p>	<p>compassion au niveau de leur profession mais aussi de la façon dont le recours à une attitude empathique est essentielle. Lors des soins, les infirmières peuvent ressentir un accomplissement personnel en raison de leur capacité de soigner les patientes. L'empathie et les soins prodigues aux femmes victimes de VD pourraient stimuler des émotions écrasantes qui sont difficiles à gérer chez les infirmières. Les récits des infirmières illustrent clairement le conflit entre le fait de se baser sur les émotions, l'aspect physique ou sur la combinaison des deux, mais ils n'offrent pas une réponse claire pour bien faire et préserver les infirmières dans le milieu professionnel et privé. Il y a des infirmières, comme Henderson (2001a) et Mcilpatrick & al. (2006) qui pensent que pour des raisons de performances professionnelles, il convient de rester détaché et de contrôler et de dissimuler les émotions. Hochschild, (1983), pense qu'il faut se comporter de manière appropriée dans son rôle, même si cela contredit les vraies émotions ou d'effectuer un blindage, celui-ci permettra une distanciation contre les menaces émotionnels causées par le travail (Sandgren et al. 2006). D'autres se trouvent trop émotionnellement engagés dans les réactions face à la détresse des femmes victimes de VD et sont donc plus vulnérables (Mann 2005), tandis que certaines infirmières ne perçoivent pas l'engagement émotionnel ou savent se détacher. (Henderson, 2001a). Elles ont du mal à gérer le travail émotionnel par un équilibre entre l'engagement excessif et le détachement. Ces infirmières effectuent une profonde action en ajustant leurs sentiments intérieurs pour afficher des émotions professionnelles telles que l'empathie et la compassion. Ainsi, les connaissances personnelles et professionnelles, les valeurs et les expériences de la vie, en collaboration avec les effets émotionnels émotionnelles telles la colère, la confusion, la compassion et l'impuissance font qu'il y a un accroissement du nombre d'infirmières qui présentent une certaine perplexité quant aux femmes victimes de VD et qui ont une manière professionnelle non appropriée de s'occuper de ces victimes. Leurs récits révèlent une variété de stratégies d'adaptation sur l'impact qu'a la VD sur elles-mêmes. Ces stratégies d'adaptations peuvent être placées sur un continuum allant de l'identification forte avec le survivant et les victimes à des troubles émotifs de détachement, tout en offrant un traitement physique et n'arrivent pas à contrôler ses propres limites. Les infirmières qui s'identifient fortement avec les femmes ayant subi de la VD se sentent incompetentes pour remplir leurs rôles. Celles qui se détacheront émotionnellement se sentiront plus compétentes, mais reconnaîtront le fait de ne pas être véritablement à l'écoute des patientes. Un continuum analogue de réactions a été trouvé dans le vécu des infirmières interrogées. Certaines ont du mal à séparer le professionnel du privé. D'autres infirmières débordent d'émotions au travail et à la maison et encore d'autres parviennent à préserver les frontières entre ces deux domaines. Entre les pôles de ce continuum, de façon plus professionnelle, les infirmières expérimentées réussissent à équilibrer leurs besoins émotionnels, les réactions et les performances professionnelles dans les</p>
--------------------------	--

rencontres avec des femmes violentées, ainsi que leur vie privée. Un tel équilibre peut prévenir la formation excessive du travail émotionnel (Henderson, 2001a, Sabo 2006). Les infirmières qui ont été mieux informées sur les traumatismes vicariant et qui ont réussi à vivre de façon équilibrée leur vie personnelle et professionnelle sont dans une meilleure position pour faire face et pour aider les patientes à surmonter les nombreux dangers.

Qu'est-ce qui est déjà connu sur ce sujet ?

- Le dépistage professionnel et les interventions auprès de femmes victimes de violence qui sont des clientes du système de santé sont très importantes, mais elles sont actuellement insuffisantes ;
- Les infirmières peuvent être soumises émotionnellement, cognitivement et être influencées dans leur comportement (connu sous le nom traumatisme vicariant à la suite de la gestion des patientes qui ont subi la VD ;
- Pour servir les patientes de façon adéquate, les infirmières doivent opérer une distinction au niveau des domaines professionnel et des domaines privés, indépendamment de leurs attitudes, émotions et réactions résultant de la rencontre professionnelle ;

Ce que cet article ajoute :

- Des rencontres avec des femmes victimes de VD qui remettent constamment en question les performances professionnelles des infirmières ;
- Ces rencontres avec des femmes victimes de violence estompent les frontières entre les domaines professionnels et privés des infirmières. Implications pour la pratique et / ou de la politique
- Le dépistage des femmes victimes de violence et l'intervention avec elles est un élément essentiel de l'enseignement infirmier ;
- Les programmes de formation des infirmières pour le dépistage et l'intervention auprès des femmes violentées doivent mettre l'accent sur le processus individuel que les infirmières subissent par rapport au traumatisme vicariant et le travail émotionnel, ainsi que la croissance personnelle.

Apparemment, la rencontre avec la VD sert de miroir grossissant multidimensionnel dans le domaine privé. À certains moments, il fournit un fond de contraste et renforce l'expérience positive d'une infirmière en tant qu'épouse et mère; chez d'autres, il suscite de l'ambiguïté quant à sa sécurité réelle à la maison.

Pertinence à la pratique clinique : La poursuite de l'élaboration de programmes pour les infirmières dans le dépistage et en intervenant auprès des femmes violentées est recommandée, ainsi que la supervision clinique. De tels programmes porteront la sensibilisation des infirmières sur leur attitudes personnelles, les aide à réfléchir sur leurs sentiments et attitudes à l'égard de leurs patientes et leur permet de devenir des professionnelles

	<p>réflexives (Campbell et al. 1999, Henderson, 2001b). Ces programmes seraient également établies pour développer des habiletés d'adaptation pour faire face à ces dossiers sensibles (Collins & Long 2003, Peckover 2003, Christofides & Silo 2005), et la capacité de trouver un équilibre entre les domaines de travail et la maison.</p> <p>Le cas des infirmières qui s'occupent de femmes victimes de violence est une illustration de rencontres des infirmières avec des sujets sensibles. Il y en a encore bien d'autres. Pour gérer leur vie professionnelle et les domaines de la vie privée, ces infirmières ont besoin d'un équilibre émotionnel. Comme illustré, les infirmières doivent faire face différemment avec la dissonance entre leurs valeurs personnelles, les attitudes, les émotions et les procédures d'intervention souhaitables concernant la patiente ou une maladie à portée de main. Il faudrait mettre en œuvre des programmes de formations, des infirmières recommandées pour le dépistage et l'intervention auprès des femmes violentées. Ceci permettra aux infirmières de lutter contre l'épuisement professionnel, le risque de traumatisme secondaire et le travail émotionnel, mais aussi de répondre adéquatement à la VD au sein de leur pratique, de leur expérience personnelle.</p>
Commentaires	<p>Cette étude date de 2009. Elle répond très bien aux critères de la grille d'évaluation qualitative. Les auteurs de la recherche se sont basés sur des témoignages d'infirmières qui travaillent couramment avec des femmes victimes de VD. Ils ont cherché à explorer l'impact présent dans la vie professionnelle et personnelle d'une infirmière travaillant au dépistage de VD. Lors de la lecture des résultats, les attitudes et moyens que les infirmières mettent en place dans leur pratique et dans le domaine privé sont donnés et décrits de manière claire. Ces dernières sont pertinentes et exploitables dans plusieurs milieux de soins. Les résultats de cette étude sont utilisés pour ma recherche de littérature étoffée pour agrandir mon champ de recherche au niveau du milieu de vie privé des infirmières. J'ai donc décidé d'inclure l'étude dans mon travail.</p>

Titre	“You’re Not a Victim of domestic Violence, Are You?” Provider-Patient Communication about Domestic Violence
Auteurs	Rhodes, K., Frankel, R., Levinthal N., Prenoveau, E., Balley J. & Levinson, W. (2007).

<p>Thème de la recherche/ Question/ But</p> <p>Type d'étude</p>	<p>Décrire la communication sur les violences domestiques (VD) entre les fournisseurs des soins d'urgences et les patientes de sexe féminin.</p> <p>Etude randomisée contrôlée</p>
<p>Population/ Echantillon</p>	<p>L'étude s'est déroulée dans 2 services d'urgences socio-économiques différents : l'un dans un milieu urbain et universitaire et l'autre dans une banlieue à base communautaire. L'échantillon des victimes se compose de 1'281 femmes âgées de 16 à 69 ans et 80 fournisseurs dont 30 médecins traitants, 46 résidents et 4 infirmières praticiennes.</p>
<p>Méthode/ Devis (recueil données, analyse, outils, etc.)</p>	<p>L'étude a été menée de juin 2001 à décembre 2002. Un essai clinique randomisé et contrôlé a été effectué. Celui-ci est basé sur l'outil de l'évaluation des risques sanitaires, ce qui a généré des recommandations de santé pour les patientes, les infirmières et les médecins alertés à une variété de risques potentiels pour la santé. L'étude s'est déroulée dans 2 services d'urgences socio-économiques différents : a) le service universitaire urbain qui a un public assuré et une population afro-américaine et b) le service en banlieue dont l'hôpital a un public assuré et privé et une population blanche. Pour le service qui se trouve en banlieue, l'hôpital a un public assuré en privé et une population blanche. Les critères d'inclusion étaient d'être une femme âgée de 18 à 65 ans qui a été diagnostiquée comme en situation médicalement non urgente et qui peut donner son consentement peut donner son consentement. Avant le début de la collecte des données, les enquêteurs ont reçu une heure de cours, ont visionné une vidéo de 30 minutes, ont reçu une instruction guidée sur l'évaluation de la sécurité et ont appris à documenter et fournir des références liées à la violence familiale. Les patients et les enquêteurs ont signé un consentement écrit et les commissions d'examen institutionnelles des deux institutions ont approuvé l'étude. Celle-ci a pris fin à la sortie du patient; il n'y avait aucun patient suivi ultérieurement, mais tous les pays des patients participants ont reçu des informations sur la VD. Un schéma de la violence domestique structuré d'un codage a été élaboré de manière itérative par l'écoute de groupes et la discussion entre les auteurs qui possèdent une expertise dans la communication médecin-patient, la médecine d'urgence, la violence domestique et la psychologie. Le schéma de codage a été basé sur un cadre théorique à partir d'allusions et de</p>

	<p>préoccupations des enquêteurs, "les possibilités potentielles d'empathie" quand ils discutent les problèmes psychosociaux. Le système de codage a été conçu pour identifier la gamme, la portée et les fréquences d'intérêt commun des pratiques, ainsi que des exemples clés des «meilleures» et des «pires» pratiques. Les pratiques les meilleures ont été évaluées sur la base de la littérature, sur ce que les survivants de violence conjugale ont trouvé être utile et sur la communication médicale existante dans la littérature sur les questions sensibles. Toutes les discussions de VD ont été codées de façon indépendante par au moins 2 auteurs qui ont utilisé au final une structure de codage en écoutant la bande sonore et en lisant la transcription. Cela a été affiné après un codage indépendant d'un échantillon aléatoire de 15% jusqu'à ce qu'un accord clé des variables de la VD soit presque parfait. Tout le codage a été examiné pour détecter des divergences qui ont été contrôlés plus en profondeur par un groupe d'écoute. Ce dernier a discuté jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint.</p>
<p>Résultats</p>	<p>293 cassettes audio parlant de VD ont été obtenues. Les patientes ont été généralement vues par plus d'un prestataire ce qui est typique dans les hôpitaux d'enseignement. Lors de la divulgation de l'abus, il s'est avéré que les femmes ont été violentées habituellement par le partenaire intime, même si 12% des patientes ont déclaré que les violences étaient causées au niveau intrafamilial, par des connaissances ou qu'il s'agissait d'autres types de violence domestique. Bien que la plupart des enquêteurs n'ont pas interrogé directement les patients quant au moment où la violence s'est produite, 35% des patientes ont indiqué que cette dernière était un sujet d'actualité dans leur vie et 44% ont révélé des expériences d'abus vécues dans le passé. Deux patientes ont signalé un abus à la fois dans le passé et au présent. Dans les conversations au cours desquelles le type d'abus n'était pas perceptible, 16% des patientes ont divulgué des violences psychologiques et 34% ont fait part d'abus physiques des abus physiques. 6% des patientes ont mentionné à la fois des violences psychologiques et physiques. Seulement 24 des 77 patientes (32%) qui ont divulgué l'abus aux enquêteurs qui étaient en possession de l'ensemble de la documentation sur la VD. Une chose importante a été révélée : une mauvaise communication avec les victimes de VD est commune dans les départements des urgences. Les discussions sur le sujet des VD ont presque toujours été initiées par les soignants, dans le cadre d'une surveillance des facteurs de risques. Pour évaluer les facteurs de risques, le soignant pouvait poser plusieurs questions à la femme victime par exemples: « Fumez-vous ? » « Buvez-vous souvent de l'alcool ? » « Utilisez-vous des drogues de la rue ? » « Avez-vous des problèmes de VD ? ». Ces questions sont régulièrement posées, mais il ne faut pas les poser de n'importe quelle façon. Des stratégies de communication doivent être appliquées. Pour bien introduire le sujet de le VD, il est important de ne pas juger et cibler la victime. Voici une stratégie d'approche : « Je vais vous poser une</p>

question que je pose à toutes les femmes». Il faut ouvrir les possibilités et opportunités de répondre « Pouvez-vous me dire ce qui s'est passé? » ... « Rien d'autre? ». Il est important de bien formuler les questions sensibles qui risquent de provoquer une coupure dans la communication « Avez-vous déjà été touchée ou avez-vous parlé de certaines choses qui vous ont mis mal à l'aise? » « Etes-vous dans une relation avec quelqu'un qui vous a frappé ou menacé? ». Une fois que la femme a avoué la VD il faut alors investiguer : « Quand était-ce? » « Que pouvez-vous me dire à ce sujet ? » « Vous savez pourquoi je vous demande cela? ». Une fois que nous sommes sûr de ce qui est raconté, il faut investiguer en profondeur en dialoguant avec la victime. Ici les questions sont ciblées mais pas types car il faut suivre les réponses de la victime. Le but de la discussion est de savoir ce qu'il s'est passé, comment les choses se sont passées), qui est l'auteur des violences, savoir aussi si la victime veut sortir de ce cycle. Mais le plus important est de savoir si l'auteur de la VD est menaçant pour mettre en sécurité la victime et voir même ses enfants. Il est chose importante de recadrer la question d'origine. « Quelqu'un vous a-t-il fait du mal ? ». Les choses les plus utiles et importantes dans une telle discussion sont les silences et la validation des dires. Il faut faire attention car il est vite arrivé de tomber dans des questions mal formulées ou posées maladroitement. Une fois la discussion touchant à sa fin, il faut donner des numéros de téléphone ainsi que des noms et adresses avec lesquels la victime pourra trouver de l'aide et de la sécurité. 45% des questions ont été posées correctement lors du dépistage mais dans 10% des cas, elles ont été posées de façon négative. Les soignants utilisent plusieurs façons de faire pour obtenir la divulgation des VD. Poser des questions pour obtenir des réponses : (n = 213) pour la non divulgation (ND) et (n = 74) pour la divulgation (D) ; utiliser les mots « violences domestiques » (n = 149) ND et (n = 43) ; utiliser le mots « victime » (n = 97) ND et (n = 34) D ; poser des questions sensibles de la bonne manière (n = 73) ND et (n = 34) D ; laisser des moments de silence (n = 34) ND et (n = 24) D et interrompre la victime (n = 20) ND et (n = 17) D. Il a été démontré que pour créer une ouverture et des possibilités de discussion, le fait d'être empathique était d'une très grande aide.

Des obstacles se présentent dans cette étude. Il a été mis en évidence que certains facteurs pouvaient diminuer la conversation comme par exemple la présence d'une tierce personne, l'incapacité à reconnaître l'abus, l'absence d'une évaluation de la sécurité ou du niveau de risque et l'incapacité d'établir un lien entre la victime et les ressources disponibles. Il est chose importante de s'isoler avec la patiente car si l'auteur de violence se trouve dans la même pièce ou s'il peut entendre les divulgations, la victime ne dira rien, ou elle niera. C'est pour cela qu'il faut mettre à l'écart la victime lors de la discussion pour qu'elle n'ait pas peur des représailles. Si cela est possible, il vaut mieux que se soit une infirmière qui prenne en charge la femme victime, celle-ci parlera plus facilement des abus car aura moins honte d'elle. Il faut se montrer empathique, non jugeant et intéressé par ce

	<p>que la victime nous dit puis nous montrer à disposition pour quoi que ce soit. Dans 59% des cas, les soignantes ont effectué un contrôle de sécurité. Dans 38% des divulgations, la soignante a exprimé de l'empathie ou de la préoccupation pour la patiente et ses circonstances. Seulement 16% des femmes ont fait appel à la police ou aux autorités judiciaires et uniquement 4% des patientes qui ont divulgué la VD ont été vues par une assistante sociale. Conformément à l'échec général de documenter les abus, aucune soignante n'a indiqué que les dossiers médicaux pourraient être utiles, si la victime devait aller au tribunal.</p>
<p>Conclusion et Discussion</p>	<p>La plupart du personnel aborde la victime avec cette question "Etes-vous une victime de la violence domestique?" Cette stratégie de communication n'est pas l'idéal, la plupart des femmes qui ont indiqué être à risque d'abus ne partagent pas ces informations avec les soignantes. Le dépistage systématique des abus reste une question controversée mais les femmes qui sont abusées ont l'expérience des soins de santé et vont alors souvent dans de tels contextes dans les services d'urgence. Bien que notre étude n'évalue pas directement l'efficacité de la production nationale du dépistage de la violence, il met en lumière les comportements de dépistage qui pourraient augmenter la divulgation aux patientes et ouvrir la porte à une discussion sérieuse sur la violence. Les patientes étaient plus susceptibles de divulguer des expériences avec abus lorsque les soignantes utilisaient des questions ouvertes pour initier le sujet et sonder des abus en posant au moins 1 question de suivi. L'utilisation des questions ouvertes est recommandée comme un moyen de fournir des soins centrés sur la victime, qui à son tour a été identifié par l'Institut de médecine et les autres comme un marqueur de qualité. Un autre succès stratégique de communication dans les rencontres avec la divulgation a été la réactivité par des soignantes face aux indices psychosociaux. La recherche a révélé que la réactivité aux indices, y compris l'utilisation de l'empathie et la création de «fenêtres d'opportunité» pour le partage chargé en émotions, permet aux victimes de se sentir connues et comprises. Pratiqués grâce à un jeu de rôle, ils ont été montrés pour former les étudiants en médecine, afin qu'ils aient des compétences de communication dans le dépistage des VD. Dans le contexte d'un environnement clinique mouvementé, créer la confiance et la compréhension est très important. Ceci facilite la divulgation par les patientes des expériences d'abus. Des études de cas et des entrevues avec des survivantes de VD ont identifié les composantes-clés d'une intervention par les soignantes contre la VD: poser des questions directes en étant respectueux et soucieux, être informé sur la VD et fournir un aiguillage vers les services d'aide. Bien que la courtoisie et le respect doivent être présents dans toute interaction prestataire-patient, il est particulièrement important pour les victimes d'abus de rester sensibles à toutes divulgations car elles sont souvent une passerelle pour le changement. Nous suggérons dans un premier temps de normaliser la situation</p>

	<p>en disant à la victime que ces questions sont posées à toutes les femmes se présentant aux urgences puis de poser une question directe par exemple ; « Etes-vous dans une relation où avez-vous été frappée ou menacée? ». Si la patiente répond par « non » ou hésite, un suivi de questions est approprié. Répondre à la divulgation est tout aussi important que poser les bonnes questions, tout en restant sensible à la patiente et ses réponses initiales ou ses hésitations. Malheureusement, certaines soignantes que les auteurs ont observé étaient plutôt maladroites dans leurs questions. Parfois elles changeaient de sujet ou décourageaient la conversation, généralement en omettant de reconnaître les abus ou en revenant brusquement à une commutation sur les préoccupations biomédicales. Les meilleures réponses incluent l'utilisation de l'empathie, par exemple ; « Je suis désolée pour ce qui s'est passé », et le soutien, par exemple faire savoir à la patiente que la violence n'est pas de sa faute et qu'elle ne la mérite pas. Les survivantes rapportent que la validation d'abus et les encouragements par les soignantes peuvent changer la vie si elles sont faites sans jugement. Le dossier médical, qui est protégé et confidentiel, peut être un outil utile pour les victimes qui pourraient un jour en avoir besoin pour utiliser ces documents dans des procédures judiciaires contre leur partenaire. L'examen du dossier médical de notre étude a révélé un échec général de la documentation des soignantes : seulement un tiers des patientes qui ont divulgué l'abus ont été documentées dans leur carte. Leur étude comporte plusieurs limites importantes : a) les soignantes faisaient partie d'un programme de résidence; b) les conclusions ne sont pas nécessairement généralisables à d'autres services d'urgence ou à d'autres établissements de soins de santé ; c) ils n'ont pas filmé les rencontres et probablement manqué d'importants signes non verbaux lors de la discussion ; d) principalement en raison de niveaux élevés de bruit ambiant dans la salle d'urgence, 32% des enregistrements étaient inutilisables pour l'analyse ; e) enfin, les interactions entre les soignantes ont probablement été faussées par leur prise de conscience du but de l'étude audiorecording. Cet « effet Hawthorne aura probablement avoir eu une influence sur le meilleur comportement des soignantes des urgences, ce qui indique que les résultats peuvent être une «Limite supérieure» pour la qualité de services d'urgence nationale. En conclusion, de nombreux obstacles à l'identification des facteurs de risque pour une sujet aussi sensible que la VD, la communication des soignantes et des comportements semblaient faciliter la communication avec la patiente. La formation continue devrait se concentrer sur l'amélioration des compétences de communication des infirmières face à la réponse de la VD et des divulgations.</p>
Commentaires	<p>Cette étude date de 2007. Elle décrit la communication sur les VD entre les fournisseurs des soins d'urgence et les patientes de sexe féminin. Elle répond aux critères de la grille d'analyse. Elle amène des pistes d'actions</p>

	nouvelles pour la pratique, surtout en ce qui concerne la communication. Elle montre comment aborder la femme abusée avec les bonnes questions mais aussi comment la soigner ou l'aider. J'ai donc décidé de la garder car elle me semble pertinente et très intéressante pour mon sujet de recherche.
--	--