

# ÉLABORATION D'UN QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION DES FEMMES VIOLENTÉES EN MILIEU CONJUGAL

Colette Gendron

La violence conjugale est un problème de société particulièrement important et ce, tant en raison de l'ampleur qu'il a, que des séquelles qu'il laisse aux femmes qui la subissent. Désormais, leur état de santé est considéré comme alarmant. Pourtant, bien que les recherches et les enquêtes sur la question se soient multipliées depuis les années 70, la collectivité québécoise commence à peine à s'éveiller à cette réalité et à prendre conscience de la gravité de la violence qui sévit en milieu conjugal. A cet effet, le gouvernement canadien vient de constituer un comité chargé d'examiner la violence faite aux femmes à l'intérieur de la famille (Gouvernement du Canada, 1991).

Les personnes intervenant en milieu hospitalier ainsi que dans les centres de services sociaux occupent certainement une position stratégique tant pour le dépistage et l'identification des femmes violentées que pour leur acheminement vers les services appropriés. En effet, selon une étude du Conseil consultatif sur la situation de la femme (1985), 18% des femmes qui se présentent aux urgences des hôpitaux ont été des cibles de la violence conjugale. De plus, des entrevues réalisées auprès de femmes battues révèlent que 40% des femmes violentées demandent des services médicaux au moins à cinq reprises (Dobash et al., 1985) et que 80% d'entre elles signalent leurs blessures au moins une fois au personnel hospitalier. En fait, les membres du personnel de la santé seraient souvent les seules personnes à qui les femmes se confient. D'un autre côté, le personnel médical et infirmier ne dispose que de très peu d'outils leur permettant de reconnaître les femmes violentées par leur conjoint. Le but de cet article est donc de présenter les résultats d'une recherche visant le développement d'un tel instrument d'identification.

## *Contexte théorique*

Mentionnons comme point de départ qu'il existe une certaine confusion dans les recherches traitant du rôle du personnel hospitalier vis-à-vis des

|                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Colette Gendron, inf., M.N., est professeure titulaire à l'Ecole des sciences infirmières de l'Université Laval, Ste-Foy, Québec. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

femmes violentées. En effet, la distinction entre le rôle du personnel infirmier et celui du personnel médical y est rarement faite; ce qui a alors pour conséquence qu'on ne sait jamais très bien de qui il est question au juste.

Par ailleurs, il semble aussi que le personnel médical et infirmier ait du mal à saisir la question des femmes violentées. Il ignore, minimise ou doute que la violence familiale soit un véritable problème. Ainsi, des études révèlent que le phénomène de la violence conjugale passe à peu près inaperçu dans le monde médical (Hilberman et al., 1977-78; Stark et al., 1979).

Un pourcentage relativement négligeable de femmes maltraitées qui recourent aux services médicaux font l'objet d'un diagnostic juste et de soins appropriés; probablement moins d'une femme sur 25, si l'on en croit les études qui ont tenté d'en estimer l'importance (Stark et al., 1981). En effet, en plus de se voir attribuer des étiquettes punitives lors des consultations médicales, les femmes violentées risquent davantage de recevoir des ordonnances pour des analgésiques ou des tranquillisants légers (Stark et al., 1981). Rien d'étonnant alors, comme le constatent Bowker et al. (1987), que le personnel médical, même s'il est celui qui est consulté le plus fréquemment, soit aussi celui qui est jugé le moins utile et le moins efficace auprès des femmes battues. Donc, même si à prime abord les établissements de santé apparaissent comme des lieux privilégiés pour reconnaître et aider les femmes violentées, il semble bien que dans les faits ce ne soit pas le cas.

Les préjugés et la méconnaissance du personnel médical et infirmier envers le phénomène de la violence conjugale constituent une des raisons qui concourent au fait que toutes les femmes violentées ne sont pas reconnues comme telles et ne reçoivent pas un traitement et un support adéquat en milieu hospitalier. Cependant, l'absence d'outil ou de protocole permettant de repérer les cas de violence conjugale en est une autre (Gendron, 1987).

A l'heure où les drames familiaux se multiplient au Québec, il est essentiel que le personnel hospitalier, et plus particulièrement les infirmières et les infirmiers, puissent disposer d'instruments adéquats pouvant les aider à identifier les femmes violentées. Or, un tel outil leur fait défaut actuellement. La validation d'un instrument approprié permettant d'identifier les femmes qui sont des cibles de la violence conjugale est donc un pas nécessaire pour que le personnel infirmier et les membres des autres équipes professionnelles soient en mesure de procéder avec efficacité au dépistage des femmes violentées.

Tout comme celles et ceux qui ont déjà tenté de construire un protocole d'identification des femmes violentées (Klingbeil et al., 1984; Larouche, 1985; Lichtenstein, 1981; OIIQ, 1987; Viken, 1982), nous nous sommes

inspirées des études de Flitcraft (1977) et de Stark et al., (1981) qui font figure de pionnières en la matière et qui donnent un profil statistique et médical des femmes violentées en milieu conjugal.

Ensuite, nous avons procédé à l'examen attentif des travaux de Campbell (1989), de Christiano et al. (1986), de Ghent et al. (1985), de Helton (1986), de Jaffe et al. (1986), de Jacobson et al. (1987), de Kurz et al. (1988), de McGrath et al. (1980), de Rosewater (1985) et de Stark et al. (1981), qui ont décrit les caractéristiques de ces femmes en explorant leurs réactions physiques et psychologiques à la violence.

Finalemt, c'est l'étude de Campbell (1989) qui a retenu notre attention: d'une part, parce que les conclusions auxquelles elle en arrive sont dans la continuité de celles des autres études faites sur la question, et d'autre part, parce qu'elle s'inspire des travaux faits en soins infirmiers.

En résumé, cette étude de Campbell arrive à la conclusion que les femmes battues se distinguent des autres femmes en ce qui a trait à l'estime de soi, à la capacité à prendre soin de soi et à entretenir des relations satisfaisantes avec autrui. Ces résultats l'amènent d'ailleurs à dire que les variables associées au modèle de "la résignation apprise" permettent autant d'expliquer le comportement des femmes violentées que celles qui sont associées au modèle de "l'incapacité à assumer le deuil". Ceci signifie donc que les femmes battues restent avec leur conjoint, autant parce qu'elles ne sont pas capables de mettre un terme à une relation qui n'est pas satisfaisante que parce qu'elles ont l'impression que les choses peuvent changer.

C'est à Orem (1985) qu'on doit principalement la notion de "self-care", traduite ici comme étant la capacité à prendre soin de soi. C'est d'ailleurs à partir de cette notion que l'auteure a élaboré un modèle théorique sur le rôle des infirmières et des infirmiers en milieu hospitalier. Brièvement, ce modèle confère au personnel infirmier le rôle de combler les besoins que les personnes sont habituellement en mesure de satisfaire elles-mêmes.

Orem a constitué une liste de besoins qui, selon elle, devraient être comblés pour qu'une personne en arrive à prendre en charge sa santé, et de façon plus globale aussi, tous les aspects de sa vie. Ainsi, une personne peut évoluer normalement si elle est capable

1. de répondre à ses besoins primaires;
2. de maintenir un équilibre entre ses périodes d'activités et de repos;
3. de maintenir un équilibre entre la solitude et les interactions sociales;
4. de prévenir les risques qui menacent sa vie, son fonctionnement et son bien-être;
5. de se préoccuper de sa santé et de son développement.

Le modèle d'Orem associe à ces besoins, une série d'actions qui vont permettre de les satisfaire. Le développement d'une personne implique donc qu'elle puisse accomplir les actions nécessaires à la satisfaction de tous ses besoins et sinon, qu'elle soit alors capables de demander l'aide appropriée.

En nous référant à cette théorie, nous postulons pour notre étude que les femmes violentées sont dans un contexte où elles ne sont pas en mesure de poser les actions nécessaires à la satisfaction de leurs besoins, ou plus simplement encore, de prendre soin d'elles. Nous définissons alors la violence conjugale comme un ensemble de gestes d'agression perpétrés en milieu conjugal qui ont pour effet de contrevenir à la croissance de la personne qui en est la cible.

## Méthodes

### *Le choix des indicateurs*

En nous inspirant du modèle d'Orem, et des différentes études précédemment mentionnées, nous avons dégagé les indicateurs qui, selon nous, seraient les plus susceptibles d'identifier les femmes violentées. En fait, en examinant la liste des actions nécessaires à la croissance personnelle selon Orem, nous avons choisi, en nous référant aux conclusions de la revue des écrits, celles que des femmes, dans un contexte de violence conjugale, n'étaient probablement pas en mesure d'accomplir.

Ceci nous a alors amenée à privilégier comme facteurs les actions manifestant

1) la capacité de maintenir une image réaliste de soi; ce que nous avons défini comme étant l'indice de *l'estime de soi*.

2) la capacité à se prendre en charge; ce que nous avons défini comme étant l'indice d'*autonomie*.

3) la capacité d'entretenir des relations sociales satisfaisantes; ce que nous avons défini comme étant l'indice de *socialité*.

4) la capacité d'assurer son intégrité et son bien-être; ce que nous avons défini comme étant l'indice de *sécurité*.

### *L'élaboration des items*

Après avoir consulté des banques de données en soins infirmiers (Campbell, 1989; McFarland et al., 1989; OIIQ, 1987; Orem, 1971), après avoir fait un examen critique des différents instruments en usage actuellement en médecine, en psychologie et en service social (Christiano et al., 1986; Flitcraft, 1977; French, 1989; Goldberg, 1978; Goldberg et al., 1979; Gough, 1975 (California Psychological Inventory - CPI); Guilford, 1956 (Guilford et

Zimmerman Temperament Survey); Hathaway, 1967 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI); Hoffman, 1984; Hudson et al., 1981; Jackson, 1974 (Personality Research Form - PRF); Strauss, 1979; Summers, 1989) et après avoir procédé à une consultation auprès des membres des Écoles de psychologie et de service social associées au Groupe de recherche sur la violence faite aux femmes à l'Université Laval (REVIF), nous avons élaboré une première liste de 515 items pouvant être reliés à un vécu de violence conjugale et pouvant être associés aussi à nos quatre indicateurs. Ensuite, en éliminant de nous-mêmes les items qui présentaient des répétitions évidentes ou qui s'appliquaient plus ou moins au contexte de la violence conjugale, nous avons obtenu une liste de 178 items.

### ***La validation du contenu des items***

Cette liste a été soumise à vingt juges expertes pour qu'elles estiment la validité de contenu des items que nous leur présentions. En fait, pour chacun des items, nous leur avons demandé d'établir leur degré de pertinence pour identifier des femmes violentées en milieu conjugal. Toutes les juges expertes ont été contactées par lettre et une copie du questionnaire contenant les 178 items leur a été transmise.

Le groupe des juges expertes était composé de vingt femmes dont dix reconnaissaient avoir vécu des situations de violence conjugale avec leur conjoint, et dix autres étaient soit, infirmières, médecins, psychologues ou travailleuses sociales spécialisées dans les problèmes de violence conjugale.

L'évaluation des items par les juges s'est faite par écrit et les résultats de leurs travaux nous ont amené à ne retenir que les 106 items qui leur apparaissaient pertinents parmi les 178 que nous leur avons proposés. Par ailleurs, cette consultation nous a également donné l'occasion d'améliorer l'énonciation des items.

### ***La stratégie d'échantillonnage***

Un certain nombre de femmes, violentées ou non par leur conjoint, les unes sélectionnées suite à une demande de services, et les autres, au hasard, ont contribué à valider les éléments de ce questionnaire.

Deux cent cinquante femmes violentées et 350 femmes présumément non violentées ont été choisies pour cette étude. Les femmes violentées ont été recrutées grâce à la collaboration des responsables des maisons d'hébergement pour femmes violentées et des CLSC. Les femmes non violentées ont été sollicitées de manière aléatoire à leurs lieux de travail soit à l'Université Laval, dans des cégeps, des hôpitaux, des organismes gouvernementaux, des centres sportifs et des restaurants de la région de Qué-

bec. Elles proviennent de différents milieux socio-économiques. La manière dont nous avons procédé nous a donc permis de rejoindre un éventail très large de la population mais ce, sans toutefois nous assurer de la représentativité de l'échantillon.

Les femmes de ces deux groupes ont répondu personnellement et de manière anonyme au questionnaire puis ceux-ci nous ont été retournés dans une enveloppe prévue à cet effet.

## Résultats

### *Les répondantes*

Des 250 questionnaires qui ont été distribués dans les maisons d'hébergement pour femmes violentées et auprès des membres du personnel des CLSC, 81 (32.4%) seulement nous ont été retournés. Deux raisons expliquent cet état de fait. D'une part, certaines des femmes violentées considéraient qu'elles ne vivaient plus avec leur conjoint au moment où elles étaient sollicitées. Elles n'ont donc pas répondu au questionnaire puisque la population qu'on cherche à identifier par le biais de cette recherche est celle des femmes vivant avec un conjoint.

D'autre part, des questionnaires n'ont pas été retournés parce qu'ils étaient incomplets. En effet, il semble que certaines femmes violentées aient démontré de la réticence à se confier, entre autres, par crainte de représailles ou pour protéger leur agresseur. De plus, nous avons pu réaliser suite aux observations des intervenantes et lors de nos fréquents passages sur le terrain, que certaines femmes violentées qui, au départ acceptaient de répondre au questionnaire, étaient psychologiquement incapables d'aller jusqu'au bout de l'exercice. On peut alors faire l'hypothèse que le fait de répondre au questionnaire les obligeait à mettre à nu des situations qu'elles avaient tenues secrètes jusqu'à présent, et que ceci leur était difficilement supportable.

Le questionnaire auquel les femmes identifiées comme non violentées ont répondu était similaire en tous points à celui que recevaient les femmes violentées. Des 350 questionnaires distribués aux différents lieux énumérés précédemment dont certains milieux de travail, 203 (58.0%) nous ont été retournés. Le fait ici que seules les femmes vivant avec un conjoint devaient répondre au questionnaire peut expliquer en partie le nombre de copies qui n'ont pas été remplies.

Malgré tout, une analyse des données socio-démographiques (âge, nombre d'années de vie commune, nombre d'enfants, occupation et occupation du conjoint) indique que les deux groupes de femmes à partir desquels nous avons fait notre expérimentation sont comparables.

## *La validité prédictive de l'instrument de mesure*

L'instrument que nous avons conçu a pour objectif d'identifier les femmes violentées et il est utilisé à la façon d'une échelle de type Likert. Cela signifie donc que les scores obtenus à chacun des items s'additionnent pour obtenir un score total reflétant les probabilités que la répondante soit violentée en milieu conjugal. Par ailleurs, cela implique aussi que les items mesurent tous un même construit.

Nous avons procédé à une analyse d'items afin de raffiner les qualités métrologiques de ce questionnaire. Cette démarche a pour but de détecter les items étrangers au construit, peu discriminants ou tout simplement redondants. En effet, la présence de tels items risque d'affecter la fidélité de l'échelle, sa validité et bien sûr l'interprétation rendue.

Nous avons donc fait des tests "t" pour identifier, parmi les 106 items qui nous restaient suite à la première sélection effectuée, ceux de qui on pouvait dire qu'ils discriminaient réellement les femmes violentées des femmes non violentées. Au départ, nous avons fixé à .05 le seuil à partir duquel nous jugions que les différences obtenues entre les deux groupes pour chacun des items étaient significatives. Cependant, les résultats se sont avérés insatisfaisants puisqu'en procédant de cette façon, il nous restait 80 items alors que l'objectif était plutôt d'en arriver à une quarantaine.

Nous avons donc décidé de faire la sélection des items en nous basant sur l'ampleur des différences entre les moyennes obtenues pour chacun des items. De cette façon, nous avons pu éliminer 57 des 106 items, et il ne nous en restait plus que 49. Un examen des courbes caractéristiques des items a indiqué que tous discriminaient bien les deux groupes de femmes. Nous avons ensuite procédé à des corrélations item-total. La plus petite corrélation étant de .41, aucun item n'était donc mauvais. Nous avons alors examiné les corrélations inter-item et là, en fixant à .70 le niveau à partir duquel une corrélation entre deux items serait trop élevée, nous avons constaté que plusieurs des 49 items étaient redondants. Afin d'éliminer un des deux items qui étaient redondants, nous avons donc considéré d'abord le contenu des items puis leur variance. De cette façon, 19 items ont été éliminés et nous nous sommes retrouvées avec une échelle comportant 30 items.

Une analyse factorielle a finalement été effectuée (voir annexe). La méthode de rotation orthogonale qui a été utilisée, est celle de l'analyse en composantes principales avec Varimax. Ainsi, des 30 items qui nous restent, l'analyse fait ressortir quatre indicateurs (estime de soi, socialité, autonomie, sécurité) qui constituent autant de facettes différentes du même construit. Nous avons donc une échelle de 30 items qui présente un coefficient alpha de .975.

## Discussion

Repérer des femmes violentées qui habitent toujours avec leur conjoint et qui acceptent de répondre au questionnaire n'est pas une chose facile. En effet, lorsqu'on veut sonder des femmes qui ont été violentées en milieu conjugal, on est souvent aux prises ou bien avec des femmes qui habitent encore avec l'homme qui les violence et qui, psychologiquement, ne sont pas en mesure de compléter un questionnaire de cette nature, ou bien avec des femmes qui n'habitent plus avec l'homme qui les a battues.

Le seul fait d'ailleurs de vouloir obtenir un échantillon composé uniquement de femmes qui vivent avec leur conjoint peut poser problème. Celles qui ne demeurent pas sous le même toit que ce conjoint sont certaines qu'elles sont exclues de la catégorie et celles qui viennent d'entamer une nouvelle relation et de délaisser un conjoint de vieille date se demandent à quelle expérience au juste elles doivent se référer.

La méthode que nous avons utilisée pour élaborer notre questionnaire comporte certaines limites. Tout d'abord, la constitution même de l'échantillon des femmes non violentées peut poser problème. En effet, même si ces femmes sont considérées comme non violentées pour les besoins de l'étude, il demeure qu'il y en a peut-être parmi elles qui, dans les faits, sont violentées en milieu conjugal. Dans une étude ultérieure, il faudrait donc tenter de trouver un moyen sûr de discriminer les femmes violentées de celles qui ne le sont pas. Pour ce faire, on pourrait, par exemple, utiliser les scores obtenus à certains items.

Par ailleurs, les résultats de l'analyse factorielle peuvent, à certains égards, sembler peu concluants. Par exemple, la variance expliquée par les quatre facteurs est d'environ 18%, ce qui, selon le point de vue considéré, peut apparaître assez faible. De plus, le résultat, assez faible aussi, obtenu pour le quatrième indicateur, l'indice de sécurité pourrait mettre en doute la pertinence de le retenir.

Compte tenu des limites que nous venons d'évoquer, il est bien évident que cet instrument doit être encore considéré comme un outil expérimental. On peut dire ici que la théorie d'Orem a donné lieu, à venir jusqu'à maintenant, à une certaine intensité dans le domaine de la recherche et de l'élaboration d'instruments de vérification face auxquels la démarche ici décrite ne constitue qu'une très modeste contribution (Gast, 1989). D'autres recherches devront donc poursuivre l'étude de sa validité prédictive et tenter de l'améliorer. En effet, sa spécificité et sa sensibilité pour détecter les femmes violentées restent à démontrer. Il serait important pour l'avenir d'établir par exemple, si cet instrument permet vraiment de distinguer les femmes violentées de celles qui sont dépressives ou qui vivent des problèmes conjugaux autres que la violence.

Par ailleurs, les intervenantes qui ont accepté de distribuer le questionnaire, ont constaté que cet instrument peut atteindre un autre objectif que celui d'identifier les femmes violentées. Elles ont remarqué que le questionnaire pouvait également servir de support à une discussion entre les intervenantes et les femmes violentées et que cette discussion avait souvent aussi pour conséquence de permettre aux femmes de remettre en question des attitudes et des comportements de violence, qui dans le quotidien, avaient été banalisés tant ils étaient devenus fréquents. Répondre à ce questionnaire permet donc aux femmes de prendre conscience du climat de violence dans lequel elles vivent.

Cet apport inattendu du questionnaire peut, somme toute, être assez considérable dans le milieu hospitalier, si on considère qu'il peut conférer au personnel infirmier des salles d'urgences ou des unités de soins en périnatalité par exemple, le support nécessaire pour engager une discussion auprès des femmes, et rompre le silence qui entoure le phénomène de la violence conjugale. Ainsi, peut-on espérer briser l'isolement de ces femmes et leur donner enfin une aide et des soins adéquats.

### ***Conclusion***

Même si cet outil comporte certaines faiblesses lorsqu'il s'agit de distinguer les femmes violentées par leur conjoint des femmes aux prises avec différents types de difficultés conjugales, il comporte tout de même certains avantages. Le premier est peut-être de sensibiliser les praticiennes et praticiens en santé à la réalité et à la gravité de certaines situations de violence vécues par des femmes de tous milieux et à la nécessité de leur apporter une aide, par une prise en charge de leur santé.

Il faut donc, que soient mis en place des mécanismes de prévention et des programmes de recherche susceptibles à plus ou moins longue échéance, afin que ces femmes trouvent des solutions à leurs difficultés conjugales.

La recherche effectuée pour mettre au point ce questionnaire, participe, en outre, à la discussion théorique entourant la notion de capacité à prendre soin de soi telle qu'introduite par Orem et à la nécessité d'établir la jonction entre la théorie et la pratique pour l'avancement de la science infirmière.

## RÉFÉRENCES

- Bowker, L.H. & Maurer, L. (1987). The medical treatment of battered wives. *Women and Health*, 12, 25-41.
- Campbell, J.C. (1989). A test of two explanatory models of women's response to battering. *Nursing Research*, 38(1), 18-24.
- Christiano, M.R. list all authors (1986). Battered women: a concern for the medical profession. *Connecticut Medecine*, 50(27), 99-103.
- Conseil consultatif sur la situation de la femme. (1985). *Le problème des femmes battues*. Ottawa: Gouvernement fédéral.
- Dobash, R.E., Dobash, R.P. & Cavanagh, K. (1985). The contact between battered women and social and medical agencies, in Pahl, J. (Ed.) *Private violence and Public Policy*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Flitcraft, A. (1977). *Battered women: an emergency room epidemiology with a description of a clinical syndrome and critique of present therapeutics*, Thèse, Vale Medical School.
- French, L. (1989). Victimization of the mentally ill. An unintended consequence of desinstitutionnalization. *Social work: Journal of the national association of social workers*, 32, 502-505.
- Gast, H.L., Denyes, M.J., Campbell, J.C., Hartweg, D.L., Schott-Baer, D. & Isenberg, M. (1989). Self-care agency: conceptualizations and operationalizations. *Advances Nursing Science*, 12(1), 26-38.
- Gendron, C. (1987). Silence on viole. *Nursing Québec*, 7(5), 26-32.
- Gendron, C. (1987). Violence conjugale...parlons-en!, *Contact*, 1(3), 23-25.
- Gendron, C. & Beauregard, M., (eds), (1985). *Les femmes et la santé*, Chicoutimi, Gaëtan Morin.
- Gendron, C. & Beauregard, M., (eds), (1989). *L'avenir-santé au féminin*, Gaëtan Morin, Boucherville.
- Gendron, C. (1989). La violence contre les femmes: généralités et particularités d'un problème de société, in Gendron & Beauregard (eds), *Les femmes et la santé*, Chicoutimi, Gaëtan Morin, 285-303.
- Ghent, W.R., Da Silva, N.P. & Farren, M.E. (1985). Family violence: guidelines for recognition and management. *Canadian medical association journal*, 132, 541-553.
- Goldberg, D.P. (1978). *Manual of the general health questionnaire*. NFER-Nelson.
- Goldberg, D.P. & Hillier, V.F. (1979). General heater questionnaire. *Psychological medecine*, 9, 139-145.
- Gough, H.G. (1975). *California psychological inventory*. CPI: Consulting Psychologists Press.
- Gouvernement du Canada (1991). Condition féminine. *Perspectives*, 4(3), 1- 5.
- Guilford, J.P. & Zimmerman, W.S. (1956). *The Guilford-Zimmerman temperament survey*. Beverley Hills: Sheridan Psychological Services.
- Hathaway, S.R. (1967). *Minnesota multiphasic: Personality inventory*. The Psychological Corporation.
- Helton, A.S. (1986). Battering during pregnancy. *American Journal of Nursing*, August, 910-913.
- Hilberman, E. & Munson, K. (1977). 60 battered women. *Victomology*, 2, 460-470.
- Hoffman, P. (1984). Psychological abuse of women by spouses and live-in lovers. *Women & Therapy* 3(1), 37-47.
- Hudson, W.W. & McIntosh, S.R. (1981). The assessment of spouse abuse: two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 873-888.
- Jackson, D.N. (1974). *Personality Research Form*. Research Psychologist Press.
- Jacobson, A., Koehler, J.E. & Jones-Brown, C. (1987). The failure of routine assessment to detect histories of assault experienced by psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(4), 386-438.

- Jaffe, P., Wolfe, D.A., Wilson, S. & Zak, L. Emotional and physical health problems of battered women. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 625-629.
- Klingbeil, K.S. & Boyd, V.D. (1984). Emergency room intervention: detection, assessment, and treatment. In A.R. Roberts (Ed.), *Battered women and their families: Intervention strategies and treatment programs* (pp. 7-32). New-York: Springer Publishing.
- Kurz, D., Olsen, K., Flaherty, E.W. & Wilcove, G. (1988). *Identification et intervention auprès des femmes battues dans les services d'urgence des hôpitaux*. Canada: Santé et Bien-être social: Canada.
- Larouche, G. (1985). *Guide d'intervention auprès des femmes violentées*. Montréal: Corporation des travailleurs sociaux du Québec.
- Lichtenstein, V.R. (1981). The battered woman: guideline for effective nursing intervention. *Mental Health Nursing*, 3, 238- 250.
- McFarland, G.K. & McFarlane, E.A. (1989). *Nursing diagnosis and intervention. Planning for patient care*. Toronto: The C.V. Mosby Company.
- McGrath, P.E. Schultz, P.S., Culhane, P.O. & Franklin, D.B. (1980). *The development and implantation of a hospital protocol for the identification and treatment of battered women*. Rockville: National Clearinghouse on Domestic Violence.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OOIQ). (1987). *La violence conjugale: intervention auprès des femmes*.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing concepts of Practice*. Toronto: McGraw- Hill Book Company.
- Rosewater, L. (1985). Schizophrenic, borderline, or battered? in L.B. Rosewater & Walker, L.E. (Eds.), *Handbook of feminist therapy: Women's issues on psychotherapy*, (pp. 215-222). New-York: Springer publishing company.
- Stark, E., Flitcraft, A. & Frazier, W. (1979). Medecine and patriarchal violence: the social construction of a private event. *International Journal of Health Services*, 9, 461-493.
- Stark, E., Flitcraft, A., Zuckerman, D., Grey, A., Robinson, J. & Frazier, W. (1981). *Wife abuse in the medical setting: an introduction for health personnel*. Rockville: National Clearinghouse on Domestic Violence.
- Strauss, M.A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: the conflict tactics scales. *Journal of Marriage and Family*, February, 75-85.
- Summers, A. (1989). The hedda conundum. *Ms*, XVII(April), 10, 54-67.
- Viken, R.M. (1982). Family violence. *Family violence*, 71, 115-122.

Cette recherche a été subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale.

L'auteure tient à remercier Andrée LaRue, professionnelle de recherche, pour la révision finale de ce texte.

## **ABSTRACT**

### **The Development of a Questionnaire to Identify Women as Victims of Their Male Partner's Violence**

The purpose of this article is to present a questionnaire that permits the identification of women victims of their male partner's violence. Four indicators inspired by Orem's theory (1985) of nursing care were utilized to elaborate the different items in this research instrument: self-esteem, autonomy, social interaction and prevention of life hazards.

The content validation process involved presenting 178 items for validation to 20 expert female judges. Then, the predictive value of 106 out of these items was tested with two comparable groups of women: one group of 81 women victims of family violence and another of 203 women identified as having never been victims. T-tests ( $p < .05$ ) were calculated on each of these 106 items, but finally it was the difference between the averages obtained by the t-tests that was used as the criterion of selection. Correlations item-total and correlations inter-item were run on the 49 items remaining, and this procedure brought to 30 the number of items retained for the questionnaire. Finally, factorial analysis showed that the degree of variance explained by the four indicators is about 18%, and that these indicators constituted many different facets of the same construct.