

Stratégies et conditions de réussite en
matière d'identification précoce de la
violence conjugale dans le réseau de la
santé et des services sociaux du Québec

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Stratégies et conditions de réussite en matière d'identification précoce de la violence conjugale dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec

Direction du développement
des individus et des communautés

Janvier 2010

AUTEURS

Jasline Flores
Christiane Lampron
Pierre Maurice
Unité de la sécurité et prévention des traumatismes
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Pierre Maurice
Unité de la sécurité et prévention des traumatismes
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Louise Arseneau
France Paradis
Julie Laforest
Louise Marie Bouchard
Unité de la sécurité et prévention des traumatismes
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGES

Madalina Burtan
Sandra Roy
Unité de la sécurité et prévention des traumatismes
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Ce projet a été possible grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Bien que nous soyons conscients qu'une majorité de femmes travaillent dans le domaine de la violence conjugale, le genre masculin a été utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2010
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-58364-6 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-58365-3 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2010)

REMERCIEMENTS

Un groupe de professionnels œuvrant à différents niveaux d'intervention dans le domaine de la violence conjugale au Québec a été consulté dans le cadre de ce projet. Les auteurs souhaitent remercier ces personnes qui ont accepté de partager leur temps et leur expertise avec l'équipe de travail :

Monsieur Michel Arsenault, coordonnateur de l'amélioration continue de la qualité, de l'agrément et de la pratique psychosociale, Centre de santé et des services sociaux de la Vieille-Capitale;

Madame Manon Bouchard, intervenante-chercheuse : recherche et développement en violence conjugale;

Madame Hélène Lachapelle, professeure en sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski (UQAR);

Madame Geneviève Lessard, professeure à l'École de service social de l'Université Laval et codirectrice du Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF);

Mesdames Guylaine Paquin et Estelle Verret, travailleuses sociales, Centre de santé et des services sociaux de la Vieille-Capitale;

Madame Ruth Pilote, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Les auteurs souhaitent également remercier mesdames Marthe Hamel, coordonnatrice de l'Unité de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, et Josée Laroche, professionnelle à la Direction des services sociaux généraux, de la jeunesse et du communautaire, du ministère de la Santé et des Services sociaux pour leurs judicieux conseils lors de la rédaction de ce rapport.

Les positions présentées dans ce document n'engagent d'aucune manière les personnes ci-haut nommées, pas plus que leur institution d'appartenance.

RÉSUMÉ

Ce rapport contribue à répondre à un engagement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), formulé dans le *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale* (Gouvernement du Québec, 2004). Cet engagement consistait à « produire une synthèse des connaissances théoriques et empiriques relatives aux meilleures pratiques de détection précoce en matière de violence conjugale ». Il vise ainsi à « soutenir et consolider une pratique d'intervention précoce par des activités de sensibilisation et de formation et par le développement et l'utilisation d'outils appropriés ». Ce document s'inscrit dans la suite des travaux réalisés en 2006 dans le cadre d'un mandat octroyé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (Lemieux Breton *et al.*, 2007).

Quatre éléments sont abordés : 1) la terminologie ou la définition de l'identification précoce de la violence conjugale; 2) les barrières à l'identification précoce; 3) les stratégies et les conditions favorables à l'implantation et au maintien d'activités d'identification précoce et 4) les caractéristiques essentielles des outils et des formations en identification précoce de la violence conjugale. Une recension des écrits, de même que la consultation d'un groupe d'experts œuvrant dans différents champs du domaine de la violence conjugale au Québec ont été les deux principales méthodes utilisées pour recueillir l'information.

Une terminologie qui ne fait pas l'unanimité

Les termes « dépistage », « recherche de cas » (*case finding*), « identification de cas », « repérage », « identification précoce », « détection » et « évaluation de la santé comportementale » (*behavioral health assessment*) sont tous utilisés pour désigner les interventions visant la reconnaissance de situations de violence conjugale. Actuellement, aucun de ces termes ne fait l'unanimité au Québec. L'expression utilisée ici est celle tirée du *Plan d'action gouvernemental*, soit « identification précoce de la violence conjugale ».

Les barrières liées à l'identification précoce des victimes de violence conjugale

Les barrières peuvent être liées aux professionnels de la santé, aux victimes ou aux organisations. Ces barrières sont, entre autres, le manque de formation des professionnels, l'absence d'un protocole clairement défini, les attitudes teintées de préjugés, le sentiment d'impuissance ou le manque de confiance des intervenants dans leurs habiletés à poser les bonnes questions ou à bien répondre à une victime. Les barrières peuvent être contournées par la mise en place de stratégies bien documentées et reconnues efficaces quant à leur capacité d'améliorer l'identification précoce des situations de violence conjugale.

Les stratégies et les conditions favorables à l'implantation et au maintien d'activités d'identification précoce des victimes de violence conjugale

Trois stratégies sont reconnues efficaces pour améliorer les activités d'identification précoce de la violence conjugale : 1) la création d'environnements cliniques favorables et la mise en place d'interventions administratives appropriées; 2) le développement des compétences des intervenants et 3) l'établissement de protocoles. Ces stratégies sont d'autant plus efficaces lorsqu'elles sont combinées. En effet, l'importance de recourir à plus d'une stratégie à la fois a été démontrée dans le cadre de travaux réalisés récemment au Québec dans le domaine de la promotion de pratiques cliniques préventives (Provost *et al.*, 2007).

De plus, ces travaux identifient un certain nombre de conditions favorables à l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques des professionnels de la santé. Ces conditions sont la motivation des milieux, l'accompagnement des milieux, la flexibilité, l'intensité, la continuité et l'inclusion de changements organisationnels. Les actions à réaliser en ce qui concerne ces six conditions de réussite sont présentées en fonction de chaque stratégie visant à améliorer l'identification précoce.

Les caractéristiques essentielles des outils d'identification précoce

Les caractéristiques des outils d'identification précoce sont détaillées selon quatre composantes, soit le contenu, la structure, les qualités psychométriques et la polyvalence. Des outils simples, courts, utilisant un niveau de langage approprié et de préférence auto-administrés devraient être privilégiés. L'outil doit, en plus de présenter une bonne capacité à identifier les vrais cas et à rejeter les non-cas, permettre de documenter l'histoire de la violence et la typologie de violences subies. L'outil devrait fournir aux utilisateurs une liste d'indices et de symptômes pouvant révéler une situation de violence, en plus de proposer une démarche pour évaluer le sentiment de vulnérabilité de la victime. Finalement, l'outil doit pouvoir s'adapter à plusieurs contextes ainsi qu'à différentes populations.

Les caractéristiques essentielles des formations qui visent à accroître l'identification des situations de violence conjugale

Les caractéristiques des formations sont présentées selon onze composantes, soit six sur des aspects généraux et cinq portant sur le contenu. La formation devrait prévoir un soutien psychologique pour les participants, recourir à une approche pédagogique mixte et offrir un module pratique. Aussi, la formation devrait comporter de multiples composantes multidisciplinaires. Il est préférable que la formation soit donnée par des formateurs des deux sexes, œuvrant auprès des victimes. Des petits groupes intersectoriels devraient être privilégiés avec une approche continue (en milieu de travail) et avec une intensité suffisante. Aussi, la formation doit pouvoir être adaptée aux différents contextes de pratique, aux besoins des intervenants et aux clientèles particulières. De même, des mécanismes assurant son accessibilité et des modalités de suivi et d'évaluation doivent être considérés. En ce qui concerne le contenu des formations, celles-ci devraient couvrir les connaissances spécifiques liées à la problématique de la violence conjugale, au processus d'identification et celles liées aux habiletés personnelles pour le faire. Finalement, les formations doivent aborder des outils utilisés pour faire l'identification et les connaissances nécessaires à l'intervention initiale suite à l'identification.

Conclusion

L'élément central de la démarche d'amélioration des activités d'identification précoce de la violence conjugale réside dans la mise en place d'un ensemble de stratégies bien définies et solidement soutenues par des conditions garantissant leur efficacité. C'est pourquoi la promotion de l'identification précoce de la violence conjugale dans le réseau de la santé et des services sociaux ne devrait pas s'intéresser uniquement à l'utilisation d'outils et de formations performants. Elle devrait également comprendre des actions visant à rendre le contexte et l'environnement organisationnels favorables et soutenant. Sans cela, les meilleurs outils ou formations ne permettront pas de faire émerger un changement significatif et à long terme quant à l'identification précoce des victimes de violence conjugale.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	VII
INTRODUCTION.....	1
1 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 Contexte	3
1.2 Identification précoce versus dépistage.....	4
1.3 Approche systématique versus approche sélective	5
1.4 L'identification précoce comme mesure préventive	6
1.5 Réponse initiale	8
1.6 Identification précoce au Québec	8
2 MÉTHODOLOGIE.....	11
2.1 Recherche documentaire	11
2.2 Consultation d'experts.....	12
3 BARRIÈRES LIÉES À L'IDENTIFICATION PRÉCOCE DES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE	13
3.1 Barrières liées aux professionnels des soins de santé	13
3.2 Barrières liées aux victimes de violence conjugale	14
3.3 Barrières organisationnelles	15
4 STRATÉGIES ET CONDITIONS FAVORABLES À L'IMPLANTATION ET AU MAINTIEN DES ACTIVITÉS D'IDENTIFICATION PRÉCOCE DES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE DANS UN ÉTABLISSEMENT.....	17
4.1 Stratégie 1 : Création d'environnements cliniques favorables et mise en place d'interventions administratives appropriées.....	19
4.2 Stratégie 2 : Développement des compétences des intervenants à l'identification précoce de la violence conjugale	21
4.3 Stratégie 3 : Mise en place d'un protocole d'intervention.....	23
5 CARACTÉRISTIQUES ESSENTIELLES À RECHERCHER DANS UN OUTIL D'IDENTIFICATION PRÉCOCE DES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE.....	25
6 CARACTÉRISTIQUES ESSENTIELLES DES FORMATIONS EN IDENTIFICATION PRÉCOCE DE LA VIOLENCE CONJUGALE	31
7 DISCUSSION ET CONCLUSION	41
RÉFÉRENCES.....	45

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1	Continuum du processus d'intervention en matière de violence conjugale.....	7
Tableau 2	Actions à entreprendre pour favoriser l'implantation et le maintien des activités d'identification précoce des victimes de violence conjugale dans un établissement	18
Tableau 3	Caractéristiques essentielles des outils d'identification précoce de la violence conjugale	26
Tableau 4	Caractéristiques essentielles des outils d'identification précoce de la violence conjugale	32
Figure 1	Cheminement visant la mise en place de conditions facilitant l'identification précoce de la violence conjugale au sein d'une organisation et les acteurs concernés.....	42

INTRODUCTION

En décembre 2006, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) publiait une étude exploratoire intitulée *Consolidation des pratiques préventives en violence conjugale dans les CLSC du Québec*¹. Ce document répondait à l'engagement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et de l'INSPQ à développer de meilleures pratiques de dépistage/identification précoce, et ce, dans le cadre du *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale* (Gouvernement du Québec, 2004) qui découle de la Politique gouvernementale en matière de violence conjugale (Gouvernement du Québec, 1995). Plus précisément, l'étude cherchait à répondre à la mesure 16 de ce plan d'action qui se lit ainsi :

« MESURE 16 : Développer les habiletés des intervenantes et des intervenants à déceler de façon précoce les signes de violence conjugale chez les adultes, et à détecter chez les enfants les signes d'exposition à cette violence, tout en veillant à assurer un suivi adéquat. »

Cette mesure mentionnait, entre autres objectifs, celui de : « Produire une synthèse des connaissances théoriques et empiriques relatives aux meilleures pratiques de détection précoce en matière de violence conjugale et préciser des pistes d'action. »

Le document produit par l'INSPQ en 2006 a permis de mieux comprendre les pratiques, les difficultés et les besoins en matière d'identification de cas de violence conjugale des intervenants des CLSC du Québec. Le présent rapport vise pour sa part à soutenir le ministère de la Santé et des Services sociaux dans ses efforts pour consolider cette pratique. Plus précisément, il a pour objectifs de :

1. Mettre en lumière les conditions entourant les meilleures pratiques d'identification de cas de violence conjugale sur la base de données probantes;
2. Proposer une approche et des critères pour guider le choix ou le développement d'outils et de programmes de formation sur l'identification précoce de la violence conjugale.

Afin d'atteindre ces objectifs, les questions suivantes seront abordées :

- a. Qu'est-ce qu'on comprend par « identification précoce de la violence conjugale »?
- b. Quelles sont les barrières à l'identification précoce des victimes de violence conjugale?
- c. Quelles sont les stratégies et les conditions favorables à l'implantation d'activités d'identification précoce de la violence conjugale?
- d. Quelles sont les caractéristiques essentielles des outils qui visent à accroître l'identification des situations de violence conjugale?
- e. Quelles sont les caractéristiques essentielles des formations qui visent à accroître l'identification des situations de violence conjugale?

¹ Disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : www.inspq.qc.ca.

Le premier chapitre de ce document s'intéresse à certains éléments de la problématique, dont le contexte de la violence conjugale au Québec et les enjeux liés à la terminologie utilisée en matière de détection précoce. Le deuxième chapitre décrit l'approche méthodologique utilisée. Finalement, le dernier chapitre présente et discute des résultats de la démarche. Trois thèmes y sont abordés : 1) les barrières à l'identification précoce; 2) les stratégies et les conditions favorables à l'implantation d'activités d'identification précoce et 3) les composantes essentielles des outils d'identification et des formations pouvant soutenir le processus d'identification précoce.

En complément de ce document, un *Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale* a été produit. Il présente des outils pouvant être utilisés pour 1) identifier la violence conjugale, 2) évaluer la dangerosité et 3) développer les compétences en identification de la violence conjugale (formations). Le répertoire est disponible sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec.

Les éléments abordés dans le présent rapport font principalement référence à la violence exercée par les hommes envers les femmes. Toutefois, lorsque disponibles, les informations concernant la violence exercée par les femmes et celle subie par les enfants dans un contexte de violence conjugale et familiale ont également été considérées.

1 PROBLÉMATIQUE

1.1 CONTEXTE

La violence conjugale est une problématique de santé publique reconnue depuis de nombreuses années. En 1995, le Québec s'est doté d'une politique gouvernementale dans ce domaine qui interpelle plusieurs ministères, organismes gouvernementaux, communautaires, associatifs et universitaires, afin qu'ils partagent une vision commune du phénomène et qu'ils participent activement à enrayer cet important problème de société. Le présent rapport s'appuie sur cette politique et c'est pourquoi il reprend la même définition de la violence conjugale qui y est proposée :

« La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extraconjugale ou amoureuse à tous les âges de la vie » (Gouvernement du Québec, 1995, p. 23).

L'identification précoce² est une composante importante de la réponse qui est donnée au Québec à la violence conjugale, et ce, parallèlement aux efforts de prestation de services aux victimes. « Le dépistage permet aux victimes de briser le silence [...], les aide à préciser leur problème [...], à diminuer le risque de voir se produire de nouvelles agressions, d'arrêter l'escalade de la violence ou d'en freiner le rythme de croissance et de réduire la lourdeur des conséquences pour l'ensemble des personnes touchées » (Gouvernement du Québec, 1995, p. 23). L'identification précoce de la violence conjugale permet d'augmenter la probabilité d'identifier des victimes et de proposer des interventions de la part des services médicaux, sociaux et juridiques (Ramsay, Richardson, Carter, Davidson, et Feder, 2002), et ce, avant que la femme ne subisse des blessures plus graves, voire mortelles (Ferris, Nurani et Silver, 1999). Elle permet aussi d'identifier les agresseurs et les inciter à entreprendre une démarche pour les aider à modifier leur comportement. Elle permet par ailleurs, aux organismes du réseau, d'intervenir auprès des enfants exposés à ces situations (Gouvernement du Québec, 1995). Malheureusement, comme spécifié dans la Politique gouvernementale « l'un des problèmes majeurs qui entravent actuellement la lutte à la violence conjugale réside donc en une quasi-absence de dépistage précoce... » (Gouvernement du Québec, 1995, p. 23). C'est pourquoi il est essentiel de documenter les meilleures pratiques d'identification précoce de la violence conjugale et les conditions facilitant leur implantation.

Récemment, plusieurs initiatives de recherche ont eu pour but de développer de meilleures procédures d'identification précoce, ainsi que des outils conviviaux dotés de propriétés psychométriques valables, pour déceler les situations de violence conjugale.

² Ou « dépistage », comme on la nomme dans la Politique gouvernementale en matière de violence conjugale de 1995.

Simultanément, des débats ont émergé à savoir si l'identification précoce doit être préconisée ou pas, étant donné que peu d'évidences scientifiques nous permettent de dire que cette procédure réussit à améliorer l'état de santé des victimes (MacMillan, Wathen, Jamieson, Boyle, McNutt et Worster, 2006).

1.2 IDENTIFICATION PRÉCOCE VERSUS DÉPISTAGE

Au Québec, plusieurs termes sont utilisés pour parler de l'identification de situations de violence conjugale. Dans la Politique et dans le Plan d'action gouvernemental³, on parle de « dépistage », qui consiste à « reconnaître les indices de la violence conjugale et à créer un climat de confiance apte à amener les victimes et les conjoints violents à dévoiler leur situation et à se mobiliser pour la changer » (Gouvernement du Québec, 1995). Rinfret-Raynor et Turgeon définissaient le dépistage en 1995 comme un « processus actif d'intervention permettant de découvrir la présence de certains problèmes, présents ou en devenir, par la recherche systématique de signes plus ou moins apparents. » Elles associaient le dépistage en violence conjugale à une forme d'intervention préventive (Rinfret-Raynor et Turgeon, 1995). On définit aussi le dépistage comme « une démarche s'adressant à des individus qui consultent pour un problème psychosocial ou de santé, qui vise à identifier une situation de violence conjugale qui est subie présentement⁴ » (Cherniak *et al.*, 2005), et qui n'est pas reliée directement au motif de la consultation (Morin, 2003).

Selon le dictionnaire des termes de médecine, le dépistage est défini comme une recherche d'affections inapparentes, par des examens effectués systématiquement dans des collectivités (Garnier, Dellemare, V., Dellemare, J., et Dellemare, T., 2000). Dans le même ordre d'idées, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) définit le terme « dépistage » comme l'utilisation d'un test au sein d'une population asymptomatique en vue d'identifier les personnes qui présentent les premiers stades d'une maladie, ou encore les facteurs de risque d'une maladie, afin de prévenir la morbidité et la mortalité (Cherniak *et al.*, 2005). Selon la SOGC, le fait de poser des questions à une femme sur la violence ne constitue pas un geste de « dépistage ». Trois arguments sont présentés. Le premier est que les victimes de violence conjugale ne sont pas asymptomatiques. Le deuxième est que la divulgation de la violence par la victime ne constitue pas un résultat de test diagnostique. Le troisième argument est que la plupart des interventions nécessaires pour la protection et le soutien des victimes sont de nature sociétale et non médicale (Cherniak *et al.*, 2005). Le *Programme national de santé publique du Québec 2003-2012 - Mise à jour 2008*, va dans le même sens en établissant une nette distinction entre le « dépistage », qui consiste à déceler un problème chez des personnes asymptomatiques et l'« identification précoce », qui consiste à identifier un problème chez des personnes présentant divers symptômes. Par ailleurs, les critères généralement utilisés pour définir un programme de dépistage, tel que celui du cancer du sein par exemple, ne peuvent pas s'appliquer à la problématique de la violence conjugale (Morin, 2003).

³ Dans le Plan d'action gouvernemental le terme identification précoce est utilisé aux côtés du terme dépistage.

⁴ Par opposition aux situations où la personne a subi de la violence dans le passé et qui, selon certains auteurs, sont des situations fort différentes de celles où la violence est subie actuellement (en matière de besoins, de risques et de séquelles).

Malgré les réserves exprimées, le terme « dépistage » ou *screening* est encore largement utilisé dans la littérature à côté d'autres termes tels : recherche ou identification de cas (*case finding*), évaluation de la santé comportementale (*behavioural health assessment*), repérage, identification précoce et détection.

Au Québec, il n'y a pas de consensus quant au meilleur terme à utiliser pour désigner l'identification des victimes de violence conjugale. La Politique utilise le terme « dépistage », tandis que le Plan d'action parle de « dépistage/identification précoce ». Le Programme national de santé publique emploie le terme « recherche de cas de violence conjugale ». Il établit une nette distinction entre l'identification le plus précocement possible des personnes présentant divers symptômes d'un problème et le dépistage, qui est un terme réservé pour des activités visant à déceler un problème chez des personnes asymptomatiques (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Dans les milieux œuvrant dans le domaine de la violence conjugale, le terme « dépistage » est remis en question et les expressions « repérage », « recherche de cas », « identification de cas », « identification précoce » ou même « détection » sont privilégiées. En raison des arguments présentés plus haut, les auteurs du présent rapport, évitent de parler de dépistage de la violence conjugale et le terme « identification précoce de la violence conjugale » sera plutôt privilégié.

En conformité avec la définition de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale, trois éléments sont importants pour favoriser l'activité d'identification précoce par les intervenants soit : la reconnaissance d'indices, la création d'un environnement favorable au dévoilement et le suivi adéquat. Ajoutons à ceci la notion d'opportunité, soit le fait que ces gestes doivent être posés à tout moment jugé opportun par l'intervenant, et ce, quel que soit, le motif de la consultation.

1.3 APPROCHE SYSTÉMATIQUE VERSUS APPROCHE SÉLECTIVE

Deux approches sont suggérées pour identifier les situations de violence conjugale : « l'approche systématique ou universelle » et « l'approche sélective ». L'approche systématique est proactive. Elle est généralement appliquée dans le contexte d'un programme d'envergure populationnelle (Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP), 2006). Cette approche consiste à questionner toutes les femmes sur la violence conjugale au moment d'une entrevue clinique, et ce, peu importe la raison de leur consultation (Stayton et Duncan, 2005). Plusieurs groupes d'*advocacy*, mais aussi des associations médicales et des agences gouvernementales américaines (incluant American Medical Association, American College of Obstetricians and Gynecologists, American College of Emergency Physicians et American College of Surgeons) ont appuyé cette démarche d'identification dans le passé ou proposent actuellement à leurs membres des procédures qui s'y apparentent (Datner *et al.*, 2004; Whaten et MacMillan, 2003; Ferris *et al.*, 1999; CLIPP, 2006).

« L'approche sélective » (*selective screening*) ou la « recherche de cas » est une démarche qui ne vise que les individus présentant un plus grand risque de développer une maladie ou une pathologie. Contrairement à l'approche systématique, dans l'approche sélective, la décision d'appliquer les outils d'identification de la violence conjugale repose avant tout sur le jugement clinique du professionnel consulté. Celui-ci n'appliquera, en effet, ces outils que

s'il a des signes lui permettant de soupçonner une situation de violence conjugale. Dans une telle approche, les professionnels de la santé doivent par conséquent demeurer constamment vigilants, de manière à pouvoir identifier les personnes qui sont à risque d'être impliquées dans de telles situations (Ferris *et al.*, 1998).

Comme l'affirme Ferris, « l'appui au dépistage systématique repose en grande partie sur la reconnaissance de la prévalence de la violence et sur le nombre de cas non détectés » (Ferris *et al.*, 1998). Ainsi, autant le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs que le U.S. Preventive Services Task Force concluent que les preuves sont insuffisantes pour procéder à un dépistage systématique de la violence auprès des femmes se présentant dans le cabinet du médecin (cités dans Desjardins, D'Amours, Poissant, et Manseau, 2008). Les deux soutiennent qu'aucune étude randomisée avec groupe contrôle n'a démontré jusqu'à maintenant que l'identification des victimes peut être bénéfique ou préjudiciable pour les victimes (Coulthard, Yong, Adamson, Warburton, Worthington, et Esposito, 2004). De plus, la capacité de la procédure à assurer la sécurité immédiate de la victime, de même qu'à prévenir des gestes de violence dans le futur n'a pas encore été bien documentée, pas plus que sa performance en termes de coût-efficacité (Datner *et al.*, 2004). Aussi, le U.S. Preventive Services Task Force affirme ne pouvoir recommander aucun outil d'identification de la violence en particulier, faute de données probantes (U.S. Preventive Task Force, 2004).

Malgré cela, les experts s'entendent pour suggérer aux professionnels de la santé de surveiller les signes de violence ou d'abus lors de leurs examens, et, le cas échéant, de convenir avec les victimes d'une intervention appropriée selon leurs besoins (Desjardins *et al.*, 2008). De plus, étant donné la sévérité et la grande prévalence du problème dans la population, les auteurs s'entendent pour recommander des formations afin de soutenir les professionnels de la santé dans leurs efforts d'identification précoce des cas de violence conjugale (Ramsay *et al.*, 2002; Cherniak, Grant, Mason, Moore, et Pellizzari, 2005; Morin, 2003).

1.4 L'IDENTIFICATION PRÉCOCE COMME MESURE PRÉVENTIVE

Tel qu'illustrée dans la figure 1, l'identification précoce des situations de violence conjugale se situe sur un continuum de prévention. À l'instar d'autres problèmes de santé, toute action qui vise à empêcher l'apparition de certains problèmes ou à limiter leur évolution est incluse sur ce continuum. On distingue trois niveaux de prévention : la prévention primaire, secondaire et tertiaire. La prévention primaire fait référence aux interventions qui sont faites avant que le problème ne se présente, soit, par exemple, fournir à la population de l'information sur la violence conjugale et la sensibiliser aux processus impliqués dans l'escalade de la violence. La prévention secondaire consiste à intervenir le plus tôt possible après les premiers signes de violence. C'est grâce à l'identification des victimes que cette intervention peut avoir lieu. Cette dernière cherche à réduire le taux de prévalence de la violence conjugale en réduisant la durée du problème chez les personnes qui la subissent (Rinfret-Raynor et Turgeon, 1995). Selon l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, la « détection » ou l'identification précoce de la violence constitue une forme d'intervention préventive essentielle, car c'est le premier pas qui permet de répondre efficacement aux besoins des victimes, en tenant compte de leur situation réelle et de leurs besoins

particuliers (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2000; Rinfret-Raynor et Turgeon, 1995). La prévention tertiaire cherche à éviter que les personnes qui ont déjà vécu de la violence vivent de nouveau ce problème (prévention de la récurrence) et à réduire au minimum les difficultés de fonctionnement engendrées par les gestes de violence. Là aussi, l'identification des situations de violence permet d'apporter rapidement un soutien aux victimes (Rinfret-Raynor et Turgeon, 1995). C'est dans la prévention tertiaire que se situent les activités de traitement et de réhabilitation (Pranski, 1991).

Tableau 1 Continuum du processus d'intervention en matière de violence conjugale

	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Objectif	Agir avant que le problème ne se présente.	Intervenir dès les premiers signes du problème pour l'arrêter ou le contrôler.	Éviter la récurrence ou atténuer les conséquences.
Cible	Tous les individus d'une société.	Les personnes à risque, personnes en crise ou groupes à haut risque.	Victimes de violence conjugale déjà identifiées.
Stratégie	Activités de promotion de la santé (éducation, sensibilisation, développement des aptitudes individuelles, création de milieux favorables, actions sur les politiques publiques, etc.) Exemples : Promotion de valeurs et comportements égalitaires dans la société, diminution de la tolérance sociale à l'égard de la violence conjugale, transmission d'habiletés pour avoir des relations amoureuses plus égalitaires, criminalisation de la violence conjugale, etc.	Identification précoce (inclut la réponse initiale qui comprend l'évaluation du danger et la référence vers les équipes de soins et de suivi). Exemple : Mise en place de programmes d'identification précoce de la violence conjugale dans les établissements de santé, protocoles de référence inter-organismes pour faciliter la réponse initiale (entre les services de police et le réseau de la santé).	Traitement des symptômes et des blessures physiques et psychologiques. Exemple : Mise en place de services de soutien psychologique (victimes, agresseurs et enfants) par les organismes communautaires spécialisés pour, entre autres, développer des habiletés afin d'aider la victime à se dégager du cycle de la violence.

Inspiré de Pransky, 1991 et de Rinfret-Raynor et Turgeon, 1995.

Selon ce continuum, l'objet du présent rapport se situe dans le champ de la prévention secondaire et concerne l'identification précoce ainsi que la réponse initiale, appelée aussi intervention minimale. Comme le soulignaient Rinfret-Raynor et Turgeon en 1995, l'identification précoce permet de faire prendre conscience à l'intervenant de la santé que la personne qui consulte subit une situation de violence affectant sa qualité de vie et sa santé. Son intervention sera donc plus efficace en tenant compte de cette réalité, peu importe que la victime reconnaisse ou non la violence qu'elle subit (Rinfret-Raynor et Turgeon, 1995).

1.5 RÉPONSE INITIALE

Un principe essentiel à considérer tout au long de ce continuum est la sécurité de la victime. En effet, il est reconnu que cette dernière peut être mise en danger si le processus d'identification de la violence conjugale est fait sans tenir compte d'une menace potentielle. Lorsqu'une situation de violence conjugale a été reconnue ou soupçonnée, il devient impératif de se demander si la victime est en danger. Ainsi, il apparaît clairement que la procédure d'identification précoce de la violence conjugale doit être accompagnée d'une évaluation de la dangerosité et des risques courus par les victimes et leur entourage. La réponse initiale face à une situation de violence conjugale devrait donc inclure un soutien immédiat (qui se poursuit dans le temps), une évaluation du risque, l'établissement d'un scénario de protection et des références appropriées pour la victime et ses enfants (Borowski et Ireland, 2002). Ces activités font partie du panier de services psychosociaux généraux (information/orientation, services psychosociaux pour les jeunes et les adultes, services d'intervention psychologique, etc.) (MSSS, 2004) qu'offrent les instances locales de santé et de services sociaux au Québec (CLSC, CHSLD ou CHSGS⁵). Ces institutions ont souvent recours au réseau des organismes communautaires dans cette réponse initiale.

Ainsi, comme mentionné par l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, « quel que soit le professionnel qui dépiste la situation de violence conjugale, il doit accueillir la femme dans ce qu'elle vit, lui permettre de ventiler, il doit prendre position manifestement contre le comportement violent, évaluer la situation sommairement, bâtir avec la femme un scénario de protection, l'orienter et l'accompagner vers le service psychosocial interne ou externe de son choix. L'utilisation des mécanismes internes ou externes de référence en matière de violence conjugale est requise. Lorsqu'on identifie les femmes victimes, on repère par la même occasion les enfants exposés à cette violence et les conjoints violents. Cela permet de mieux comprendre les problèmes de chacun et d'orienter le plan d'intervention en conséquence » (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2000).

1.6 IDENTIFICATION PRÉCOCE AU QUÉBEC

Dès le début des années 1980, des efforts ont été consentis par plusieurs organisations provenant de différents milieux d'intervention pour identifier les situations de violence conjugale. En 1985, la Corporation des travailleurs sociaux du Québec publie un *Guide d'intervention auprès des femmes violentées* où l'on propose de faire l'identification des situations en vérifiant la présence de violence conjugale de façon systématique dans tous les dossiers nécessitant une intervention psychosociale (Larouche, 1985, citée dans Rinfret-Raynor et Turgeon, 1995). En 1987, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec publie *Écouter le langage des maux : la violence conjugale, intervention infirmière auprès des femmes violentées*, où l'on aborde la question de l'évaluation systématique des facteurs permettant aux infirmières de déceler les situations de violence conjugale et même, d'évaluer les risques d'homicide (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1987, cité dans Rinfret-Raynor et Turgeon, 1995). En 1990, le Regroupement des CLSC du Montréal métropolitain élabore un programme de formation sur la violence conjugale pour toutes les

⁵ CLSC : centre local de services communautaires; CHSLD : centre d'hébergement et soins de longue durée; CHSGS : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

personnes œuvrant dans les CLSC et propose de faire du « dépistage » une priorité dans toute intervention infirmière, médicale ou psychosociale (Rinfret-Raynor et Turgeon, 1995).

En 1996, grâce à l'initiative du CLSC St-Hubert dans la Montérégie et suite à une expérience fructueuse d'implantation d'un protocole de « dépistage », le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec propose d'implanter ce protocole à l'échelle de la province. L'équipe VICTOIRE (Violence conjugale : transformer et orienter par l'intervention et la recherche) du Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF) développe un outil pour identifier les femmes victimes de violence conjugale. Après avoir fait l'inventaire des instruments de « dépistage » disponibles à l'époque, rencontré des intervenants du CLSC et fait une recension des écrits, ils mettent au point un outil nommé *Protocole de dépistage systématique de la violence conjugale* (Rinfret-Raynor, Joyal, et Turgeon, 1998). L'outil s'adresse aux intervenants des établissements de santé ou de services sociaux et vise toute la clientèle féminine âgée de 18 ans et plus. Il s'articule autour de trois instruments, soit une grille d'observation, une entrevue de dépistage et un questionnaire. Le premier outil permet de consigner systématiquement au dossier, les signes ou les indices de violence observés par l'intervenant, et ce, sans nécessiter la participation des femmes qui consultent. Après cette étape et lorsque les soupçons sont élevés, les autres outils peuvent être utilisés par l'intervenant. Le protocole a fait l'objet d'un déploiement provincial en 1999. À cet effet, 4838 intervenants provenant de 63 CLSC au Québec (sur un total de 147) ont reçu, la même année, une formation d'environ 9,7 heures (Beaudoin, Cousineau, Jauvin, et Paquet, 2000).

L'évaluation de cette implantation a permis de constater la réponse positive de la part des CLSC pour le projet, de même que l'intérêt manifesté par d'autres organisations qui n'étaient pas visées au départ (Beaudoin *et al.*, 2000). Par ailleurs, puisque tous les intervenants d'un établissement avaient accès aux résultats du dépistage confinés dans le dossier, plusieurs CLSC ont manifesté des préoccupations ou malaises concernant le respect de la confidentialité. De plus, un bon nombre de CLSC ont émis des préoccupations éthiques concernant l'information qui était donnée aux clientes et leur consentement. Des consultations ont été faites auprès de diverses instances et des avis juridiques ont même été demandés. Cette controverse a eu pour effet de ralentir, sinon suspendre l'application du protocole dans plusieurs régions, en attendant la divulgation des avis juridiques et éthiques (Beaudoin *et al.*, 2000). Après ces consultations, l'Association des CLSC-CHSLD du Québec a conclu à la nécessité d'obtenir le consentement des femmes préalablement à l'utilisation des outils de dépistage systématique recommandés par le protocole. Certains CLSC décident alors de ne plus utiliser le protocole, tandis que d'autres continuent de le faire soit en conservant la procédure telle quelle, soit en la modifiant (CLIPP, 2001).

Il est aujourd'hui difficile de savoir dans quelle mesure les intervenants qui ont été formés en 1999-2000 utilisent les outils proposés par le protocole de dépistage systématique de la violence conjugale qui leur a été proposé. Ce qui est certain c'est que ces activités de formation et de sensibilisation ont généré des questions, des discussions et des réflexions, qui contribueront fort probablement à long terme aux changements de pratique dans le réseau (Beaudoin *et al.*, 2000; CLIPP, 2001).

2 MÉTHODOLOGIE

Afin de répondre aux objectifs énumérés au début de ce document, une stratégie en deux étapes a été réalisée. La première a été la recherche documentaire et la deuxième, la consultation d'un groupe d'experts. La recherche documentaire, en plus de nous avoir permis d'apporter les clarifications conceptuelles présentées précédemment, nous a éclairés sur trois autres composantes essentielles de ce rapport, soit les barrières, les stratégies et conditions favorables, de même que sur les composantes essentielles des outils et des formations utilisés pour soutenir les activités d'identification précoce. La consultation auprès d'un groupe d'experts, quant à elle, nous a permis d'enrichir les résultats sur les caractéristiques essentielles des outils et des formations par l'expertise des praticiens et des acteurs clés œuvrant au Québec dans le domaine de la violence conjugale.

2.1 RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Les banques de données bibliographiques suivantes ont été consultées : Medline, PsycINFO, CINAHL, ERIC, Social Work Abstracts, Repère, Health and Psychosocial Instruments et Evaluation Review. Les mots clés suivants ont été utilisés : *domestic violence, intimate partner violence; screening, early detection, identification, disclosure; barriers, facilitators; tools, suspicion index, interview, questionnaire, screen; formation, training, education; spouse or woman or partner abuse, children exposed or witness, victims, male victims, male aggressors or perpetrators; health and social services, danger assessment, risk assessment.*

Pour compléter la démarche, certains mots clés en français ont été ajoutés : violence conjugale, barrières, obstacles, conditions de succès ou de réussite, dépistage systématique ou universel ou sélectif, identification ou détection précoce, dévoilement, outils de dépistage, dangerosité, évaluation du risque, formations, femmes victimes, enfants exposés, hommes victimes, conjoints violents, santé et services sociaux.

Les critères de sélection des articles étaient les suivants :

Au regard des barrières, des stratégies et des conditions favorables :

- avoir été publiés après 1999;
- être de langue anglaise ou française;
- présenter les résultats de recensions des écrits, de méta-analyses, de revues scientifiques ou être basés sur un devis de recherche expérimental ou quasi-expérimental;
- traiter les barrières, les stratégies et les conditions de réussite liées à l'identification précoce des cas de violence conjugale dans le contexte des services de santé et des services sociaux.

Au regard des composantes essentielles des outils et des formations en identification précoce :

- avoir été publiés après 1989;
- être de langue anglaise ou française;

- présenter un outil ou une formation d'identification précoce et présenter une analyse de ses composantes;
- présenter les résultats d'une démarche de validation ou, dans le cas contraire, présenter un intérêt particulier dans le contexte de l'identification précoce (exemple : outil ciblant une clientèle québécoise ou canadienne, ciblant les hommes ou présentant un mode d'administration novateur, etc.).

2.2 CONSULTATION D'EXPERTS

Un groupe de sept experts a été formé, afin de valider et d'adapter au contexte québécois les caractéristiques essentielles suggérées dans la documentation scientifique pour les outils d'identification précoce et les formations. Ce groupe était constitué de trois chercheurs universitaires, un administrateur ou chef de programme dans un CSSS, deux intervenants terrain d'un CSSS et un responsable du dossier de la violence conjugale dans une direction de santé publique d'une agence régionale.

Deux rencontres de travail ont été tenues. La première était centrée sur les caractéristiques essentielles des formations et la deuxième sur les caractéristiques essentielles des outils d'identification. Afin de préparer la rencontre, un tableau synthèse de toutes les caractéristiques repérées dans la documentation scientifique a été envoyé au préalable aux membres du groupe. Lors des rencontres, chaque caractéristique a d'abord été présentée, ensuite analysée et discutée en fonction de son importance et de sa contribution pour faciliter l'identification précoce des situations de violence conjugale dans un contexte québécois. Suite à la compilation de ces discussions, un ensemble de correctifs ont été apportés à la structure du tableau ainsi qu'au libellé et à la définition des caractéristiques à rechercher dans les outils et les formations. Le résultat obtenu est une liste de caractéristiques qui sont présentées dans les tableaux 3 et 4 du présent rapport.

3 BARRIÈRES LIÉES À L'IDENTIFICATION PRÉCOCE DES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE

Parmi l'ensemble des articles répertoriés, 67 ont été conservés pour une première lecture et 20 d'entre eux ont été analysés de façon plus approfondie en raison de leur pertinence et de leur qualité méthodologique. Deux études ont principalement inspiré notre analyse des barrières liées à l'identification précoce. La première étude est une synthèse de 44 études publiées entre 1992 et 2002 portant sur les facteurs ayant influencé les pratiques d'identification de la violence conjugale dans les soins de santé aux États-Unis (Stayton et Duncan, 2005). La deuxième étude effectuée par Hamberger et Phelan (2006) regroupe les barrières en trois catégories : barrières liées aux professionnels des soins de santé, barrières liées aux victimes et barrières organisationnelles. La présentation des barrières à l'identification précoce s'inspire des classifications utilisées dans ces deux études.

3.1 BARRIÈRES LIÉES AUX PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTÉ

Le **manque de connaissances et d'habiletés** des intervenants concernant la problématique de la violence conjugale est la barrière la plus fréquemment identifiée dans les études qui portent sur la détection, l'identification précoce et la réponse initiale suite au dévoilement (Borowsky et Ireland, 2002; Bair-Merritt, Mollen, Yau, et Fein, 2006; Gutmanis *et al.*, 2007; Hamberger et Phelan, 2006). Ceci se traduit par un manque de confiance en leurs habiletés à poser des questions à propos de la violence conjugale, à répondre à un dévoilement et à faire une référence (Tower, 2006; Stayton et Duncan, 2005; Hamberger et Phelan, 2006; Allen *et al.*, 2007; Paradis *et al.*, 1999; Gutmanis *et al.*, 2007; Berger *et al.*, 2002; Hudson *et al.*, 2003).

L'attitude négative quant à la problématique est une autre barrière importante face à l'identification des situations de violence conjugale. Certains professionnels, notamment les médecins, peuvent croire que l'identification de la violence conjugale ne fait pas partie de leur rôle (D'Avolio *et al.*, 2001). D'autres prétendent qu'ils n'ont pas de victimes de violence conjugale parmi leur clientèle (Jaffee *et al.*, 2005) ou croient que l'identification contribue rarement à des résultats positifs (Allen, Lehrner, Mattison, Miles, et Russel, 2007).

Le malaise que peuvent ressentir les professionnels est aussi documenté. Ils craignent principalement d'offenser ou de provoquer l'agressivité de leurs clients en les questionnant sur la violence conjugale (D'Avolio *et al.*, 2001; Jaffee *et al.*, 2005; Thackeray, Stelzner, Downs, et Miller, 2007; Paradis, Bouchard, Levaque Charron, et Maurice, 1999; Flaherty *et al.*, 2006; Gutmanis *et al.*, 2007; Berger *et al.*, 2002; Dowd *et al.*, 2002; Tower, 2003; Hamberger et Phelan, 2006), de susciter une forte réaction émotive chez la victime, d'ouvrir une « boîte de Pandore » ou de perdre le contrôle sur la relation intervenant/patient. Certains peuvent même avoir peur des représailles de la part du conjoint ayant des comportements violents (Hamberger et Phelan, 2006; Thurson et Eisener, 2006; Tower, 2006) et craindre pour leur propre sécurité (Tower, 2006; Gutmanis *et al.*, 2007).

Le **sentiment d'impuissance** face à l'intervention constitue une autre barrière liée aux professionnels de la santé. Ainsi, la perception que peuvent avoir certains professionnels quant au manque de coopération de la victime (D'Avolio *et al.*, 2001; Paradis *et al.*, 1999; Flaherty *et al.*, 2006; Gutmanis *et al.*, 2007; Berger *et al.*, 2002; Tower, 2003; Hamberger et Phelan, 2006) et le manque d'empressement à entreprendre des changements (Tower, 2006; Hudson *et al.*, 2003) ou à donner suite à leurs interventions (Hamberger et Phelan, 2006; Thurson et Eisener, 2006; Tower, 2006) peuvent engendrer des frustrations et limiter leurs actions d'identification précoce des victimes de violence conjugale.

Enfin, certaines **attitudes personnelles** des intervenants comme le racisme, le sexisme (Tower, 2006) et les attitudes teintées de préjugés à propos des classes sociales sont aussi préjudiciables à l'identification précoce de la violence conjugale (Tower, 2006; Plichta, 2007). Ces attitudes peuvent entraîner une intervention inappropriée comme le fait de considérer la victime responsable de la violence subie, douter de ses dires, l'encourager à pardonner et à retourner avec son conjoint (Hamberger et Phelan, 2006).

Les études révèlent que l'identification de la violence conjugale varie aussi selon certaines **caractéristiques intrinsèques aux professionnels**. Ce sont, entre autres, le sexe du professionnel, son âge et sa profession. Ainsi, il semble que les professionnels féminins ont plus tendance à croire que le phénomène de la violence conjugale est présent dans leur communauté que leurs collègues masculins. Elles ont par conséquent davantage tendance à insérer des activités d'identification de cas dans leur pratique. Cette tendance est confirmée par les résultats de trois enquêtes nationales américaines qui rapportent que les médecins de sexe masculin font moins d'identification de cas que leurs collègues féminines (Elliot, Nerney, Jones, et Friedmann, 2002; Horan *et al.*, 1998; Parsons *et al.*, 1995, cités dans Stayton et Duncan, 2005). Cette observation a également été rapportée par Jaffee *et al.*, dans une étude canadienne publiée en 2005. Le style de communication des médecins de sexe féminin serait davantage centré sur les émotions et les aspects psychosociaux favorisant ainsi un niveau plus élevé de confort autant chez les hommes que chez les femmes et le dévoilement d'un plus grand nombre de situations de violence conjugale (Jaffee *et al.*, 2005). L'âge des professionnels est également un facteur à considérer puisque les intervenants âgés semblent pratiquer moins l'identification de cas que les intervenants plus jeunes (Stayton et Duncan, 2005). Certains groupes de professionnels auraient aussi tendance à identifier davantage de cas que d'autres. Par exemple, les médecins de famille seraient plus susceptibles de dépister la violence conjugale que les pédiatres (Borowsky et Ireland, 2002) et les infirmières dépisteraient plus que les médecins (Duncan, McIntosh, Stayton, et Hall, 2006).

3.2 BARRIÈRES LIÉES AUX VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE

Dans certains cas, les personnes qui vivent dans un contexte de violence conjugale hésitent à dévoiler leur situation parce qu'elles ressentent de la **honte et de la culpabilité** (Thackeray *et al.*, 2007) et aussi parce qu'elles ont **peur des réactions** de la famille, des amis ou des professionnels. Elles peuvent avoir peur des représailles de leur conjoint, de subir une escalade de la violence ou de perdre leurs enfants (Hudson *et al.*, 2003; Borowsky et Ireland, 2002; Gutmanis *et al.*, 2007). Par ailleurs, elles auront moins tendance à dévoiler une situation de violence conjugale lorsqu'elles perçoivent que le **professionnel est**

désintéressé, antipathique ou critique de leurs comportements et décisions ou qu'il manque d'empathie à leur endroit (Tower, 2006; Thackeray *et al.*, 2007; Paradis *et al.*, 1999). La **présence du conjoint** ou des enfants lors de l'entrevue est une autre barrière importante au dévoilement de la situation de violence vécue par les femmes. D'ailleurs, les mères préfèrent que l'identification de la violence conjugale se fasse sans la présence des enfants lors de l'entrevue (Zink et Jacobson, 2003).

3.3 BARRIÈRES ORGANISATIONNELLES

Le contexte de travail peut également influencer l'identification des situations de violence conjugale (Stayton et Duncan, 2005). La perte **de contrôle sur l'horaire de travail** causée par le temps nécessaire pour procéder efficacement à l'identification précoce de la violence conjugale (Tower, 2006; D'Avolio *et al.*, 2001; Thackeray *et al.*, 2007; Plichta, 2007; Bair-Merritt Mollen, Yau, et Fein, 2006; Gutmanis *et al.*, 2007; Dowd *et al.*, 2002; Hudson *et al.*, 2003; Hamberger et Phelan, 2006) ou pour gérer une situation de crise lorsqu'il y a dévoilement, peut limiter les professionnels dans leurs activités d'identification. Aussi, la **possibilité d'aller témoigner** à la cour (Hamberger et Phelan, 2006; Thurson *et al.*, 2006; Tower, 2006) et le fait de **ne pas avoir accès rapidement à un travailleur social** ou à une autre ressource professionnelle interne ou externe spécialisée en violence conjugale (Jaffee *et al.*, 2005; Minski-Kelly *et al.*, 2005; D'Avolio *et al.*, 2001; Tower, 2006) sont autant de freins à l'identification des victimes.

Les études ont aussi rapporté d'autres barrières comme **l'absence d'un protocole d'intervention** concernant l'identification précoce (Borowsky et Ireland., 2002), **l'absence d'un modèle d'intervention** efficace ou la **perception d'un manque d'efficacité** des interventions postidentification (Erickson *et al.*, 2001; Gerbert *et al.*, 2002; Loughlin *et al.*, 2000; Ramsden et Bonner, 2002; Varcoe, 2001; Waalen *et al.*, 2000; Zachary *et al.*, 2002, cités dans Tower, 2003; Thurson et Eisener, 2006; Borowsky et Ireland, 2002; Paradis *et al.*, 1999; Gutmanis *et al.*, 2007; Hudson *et al.*, 2003).

Le **contexte physique de l'entrevue** peut aussi représenter une barrière. Les intervenants affirment qu'ils doivent pouvoir compter sur un environnement capable d'assurer la confidentialité des propos recueillis, ainsi que garantir leur sécurité et celle des victimes. L'environnement devrait permettre l'isolement physique entre la victime, son partenaire et ses enfants (Thurson et Eisener, 2006; Borowsky et Ireland, 2002).

Le **manque de soutien des organisations**, les fréquents changements administratifs et l'omniprésence des impératifs de productivité pour réduire le coût des soins sont d'autres barrières rapportées par les études (Plichta, 2007; D'Avolio *et al.*, 2001).

4 STRATÉGIES ET CONDITIONS FAVORABLES À L'IMPLANTATION ET AU MAINTIEN DES ACTIVITÉS D'IDENTIFICATION PRÉCOCE DES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE DANS UN ÉTABLISSEMENT

Selon la littérature, les établissements qui diversifient leurs stratégies ont davantage tendance à identifier précocement les situations de violence conjugale. Lorsque les intervenants peuvent compter sur la présence de politiques écrites, d'outils standardisés, de conditions favorisant une réponse initiale, d'environnements assurant leur sécurité et celle des victimes, de procédures de renforcement pour leurs interventions ou de matériel promotionnel (affiches et dépliants), le processus d'identification sera fait plus facilement (Allen *et al.*, 2007). Ainsi, inspirées des études consultées (Borowsky et Ireland, 2002; Plichta, 2007; Tower, 2003; D'Avolio *et al.*, 2001; Thurson et Eisener, 2006; Tower, 2006), trois stratégies propices à l'implantation et au maintien des activités d'identification précoce des victimes de violence conjugale dans un établissement ont été retenues : 1) la création d'environnements cliniques favorables et la mise en place d'interventions administratives appropriées; 2) la formation continue et 3) la présence d'un protocole et son suivi.

Comme ces stratégies visent essentiellement à instaurer ou influencer les pratiques cliniques préventives, il est opportun de s'intéresser également aux conditions favorables à l'implantation de telles pratiques auprès des professionnels de la santé. Inspirées cette fois des travaux de Provost *et al.*, (2007), les conditions d'efficacité suivantes ont été retenues : 1) la motivation des milieux, 2) l'accompagnement des milieux, 3) la flexibilité, 4) l'intensité, 5) la continuité et 6) l'inclusion de changement organisationnel. La section suivante présente donc pour chaque stratégie des exemples d'actions à réaliser pour rencontrer chacune de ces six conditions favorisant leur actualisation. Le tableau 2 résume l'information pour chaque stratégie.

Tableau 2 Actions à entreprendre pour favoriser l'implantation et le maintien des activités d'identification précoce des victimes de violence conjugale dans un établissement

Conditions d'efficacité	Stratégie 1 : Environnements cliniques favorables et interventions administratives	Stratégie 2 : Développement des compétences (formations)	Stratégie 3 : Protocole
Motivation des milieux Fait référence à la dynamique interne, à la motivation des intervenants à faire de l'identification précoce et aux changements nécessaires pour y parvenir.	- Reconnaissance de l'identification précoce comme une intervention professionnelle attendue. - Implication des intervenants dans la démarche de planification visant l'identification précoce, processus qui doit tenir compte de leurs préoccupations.	Valorisation et promotion des activités de formation auprès de tous les intervenants concernés.	Mise en place de moyens pour susciter et consolider l'utilisation des protocoles : réunions d'équipe, discussions de cas, causeries-midi, etc.
Accompagnement des milieux Fait référence au soutien donné au milieu de pratique au regard de l'identification précoce.	- Présence de mécanismes permettant de suivre les activités d'identification précoce et d'être à l'écoute des besoins des intervenants (exemples : rapports statistiques, discussions de cas, rencontres d'équipe, révision de dossiers, rencontres de rétroaction, etc.) - Accès à des experts de la communauté. - Engagement de tous les paliers de l'organisation. - Diffusion des attentes relatives aux tâches à accomplir.	Mise en place de conditions de travail facilitant l'accès et la participation aux activités de formation.	- Promotion de l'utilisation du protocole par l'organisation. - Mise en place d'activités de formation au regard de l'utilisation du protocole.
Flexibilité Signifie que l'intervention est adaptée au milieu de pratique.	- Climat organisationnel favorisant les changements. - Prise en compte par les gestionnaires de la complexité des besoins des intervenants qui viennent en aide aux victimes de violence conjugale.	- Prise en compte du rôle et des expertises spécifiques des intervenants concernés. - Prise en compte des réalités et des besoins particuliers de la clientèle (exemple : enfants exposés, conjoints agresseurs, victimes, etc.).	- Prise en compte des besoins des intervenants pour une application efficace des protocoles. - Mise en place d'un système d'évaluation et de rétroaction afin d'adapter le protocole aux réalités du milieu.

Tableau 2 Actions à entreprendre pour favoriser l'implantation et le maintien des activités d'identification précoce des victimes de violence conjugale dans un établissement (suite)

Conditions d'efficacité	Stratégie 1 : Environnements cliniques favorables et interventions administratives	Stratégie 2 : Développement des compétences (formations)	Stratégie 3 : Protocole
Intensité Fait référence à l'effort déployé pour parvenir aux objectifs de changement de pratique quant à l'identification précoce.	- Mise en place d'un plan d'action global qui intègre une variété de moyens permettant de soutenir l'identification précoce. - Implication de l'ensemble des acteurs (internes et externes de l'organisation), concernés par la problématique.	Utilisation d'une approche pédagogique comportant de multiples facettes ciblant notamment les connaissances, les croyances, les attitudes et les habiletés professionnelles.	Intégration du protocole dans un ensemble de mesures visant à soutenir l'identification précoce.
Continuité Fait référence au maintien de l'intervention dans le temps.	Ressources suffisantes et stables afin d'assurer une offre de services continue dans le temps.	- Intégration au programme de formation professionnelle de base. - Poursuite en milieu de travail dans le cadre de la formation continue.	Présence de mécanismes de suivi de l'implantation et de l'utilisation à long terme du protocole (exemple : comité de suivi, porteur de dossier, etc.).
Inclusion de changements organisationnels Vise l'organisation du travail pour faciliter les interventions d'identification précoce, incluant l'organisation physique des lieux, la coordination des services et le soutien au travail d'équipe.	- Instauration ou mise à jour de pratiques administratives favorables à l'identification précoce avec la collaboration des intervenants impliqués. - Aménagement physique permettant d'assurer la confidentialité et la sécurité des intervenants et des usagers. - Promotion des activités d'identification précoce auprès des usagers et des intervenants par le biais de différents moyens (dépliants, affiches sur la violence conjugale, vidéo, etc.).	Mise en place d'activités de renforcement (voir stratégies 1 et 3).	Organisation du travail favorable à l'application du protocole.

4.1 STRATÉGIE 1 : CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS CLINIQUES FAVORABLES ET MISE EN PLACE D'INTERVENTIONS ADMINISTRATIVES APPROPRIÉES

Le succès des réformes au sein des organisations est fréquemment tributaire des mesures prises par ces dernières pour favoriser la mise en œuvre du changement. Dans une vaste recherche documentaire sur l'implantation d'innovations, Klein et Sorra (1996) ont émis la théorie voulant que le degré d'implantation des changements soit en partie dépendant du climat organisationnel instauré à cette fin. Ainsi, le soutien institutionnel explicite et clair des

autorités va diminuer les barrières liées au changement, tout en maximisant les chances de succès des réformes désirées (Allen *et al.*, 2007). Ces mêmes constats s'appliquent dans le contexte d'implantation de nouveaux protocoles ou procédures au sein d'organisations qui fournissent des services de santé et de services sociaux.

Conditions d'efficacité de la stratégie

La motivation des milieux passe par la volonté des gestionnaires de soutenir l'identification précoce de la violence conjugale au sein de leur organisation et de leur engagement en ce sens (Plichta, 2007; D'Avolio *et al.*, 2001). Cet engagement peut se traduire par l'instauration de procédures, politiques ou protocoles d'identification (Cousineau, Gagnon, Campos, et Fortin, 2003), de même que par l'implantation de mesures de monitoring ou de suivi (D'Avolio *et al.*, 2001). L'identification précoce doit être clairement reconnue comme faisant partie des interventions professionnelles à effectuer. Par ailleurs, la participation active des professionnels dans les processus visant à définir les politiques, les procédures et les outils à déployer devrait être encouragée. En plus de pouvoir tenir compte de leurs préoccupations concernant le processus d'identification lui-même, cette implication pourra agir sur leurs préoccupations personnelles, leurs préjugés et leurs craintes quant à leur engagement dans des pratiques d'identification. Ainsi, en plus d'augmenter leur sentiment d'appropriation des résultats, elle consolidera leur motivation (Allen *et al.*, 2007).

L'accompagnement des milieux prend en considération les mécanismes qui permettent d'être à l'écoute des besoins des intervenants, afin d'améliorer les pratiques d'identification, en plus d'influencer la motivation et consolider les interventions (D'Avolio *et al.*, 2001; Plichta, 2007; Tower, 2006). Au Québec, la supervision clinique et la discussion de cas ont été identifiées par des intervenants de CLSC comme des activités susceptibles de les soutenir dans leurs activités d'identification de la violence conjugale (Lemieux Breton *et al.*, 2007). Une fois ces activités mises en place, la rétroaction personnalisée (*individualized performance feedback*) peut aider à soutenir des situations problématiques (Borowsky et Ireland, 2002; Stayton et Duncan, 2005).

En plus des mécanismes de rétroaction, plusieurs auteurs ont décrit d'autres stratégies pour accompagner les milieux. Ils mentionnent, entre autres, l'accessibilité à des experts de la communauté, l'engagement de tous les paliers de l'organisation et la communication des attentes envers les professionnels par rapport à leurs tâches (Barwick *et al.*, 2005; RNAO, 2002, cités dans Grafton, Wright, Gutmanis, et Ralyea, 2006; Allen *et al.*, 2007, Rodriguez *et al.*, 1999).

Le cadre de travail doit demeurer **flexible** au changement pour favoriser la mise en place des correctifs appropriés, lorsque des situations problématiques dans l'organisation du travail sont identifiées (Duncan *et al.*, 2006). Pour ce faire, et tout au long de ce processus, les gestionnaires doivent demeurer réceptifs à la complexité des besoins des professionnels qui viennent en aide aux victimes de violence conjugale (Tower, 2006).

Pour ce qui est de l'**intensité**, plusieurs études (Harwell *et al.*, 1998; Minsky-Kelly, Hamberger, Pape, et Wolff, 2005; Thompson *et al.*, 2000) décrivent des conditions d'interventions visant à soutenir et à améliorer les procédures d'identification précoce. Ces procédures doivent être nombreuses et diversifiées, et intégrées à un plan d'action global. De plus, elles doivent concerner l'ensemble des intervenants susceptibles d'interagir avec la clientèle de l'établissement. Étant donné la complexité de la problématique, le travail en collaboration avec des partenaires, tant à l'intérieur du système local de santé qu'à l'extérieur de celui-ci demeure essentiel (Tower, 2006).

En ce qui concerne la **continuité**, l'offre de services d'identification précoce ne devrait pas être interrompue dans le temps. C'est pourquoi il est essentiel que des ressources suffisantes et stables soient assurées par l'organisation.

Par rapport aux **changements organisationnels**, la plupart des conditions d'efficacité requièrent l'intervention des gestionnaires afin d'assurer la mise en place de procédures visant à soutenir et renforcer la pratique des intervenants. Il peut être question, par exemple, d'instaurer de nouveaux mécanismes d'échange et de soutien entre collègues (discussions de cas, supervision clinique, etc.) ou simplement de réactualiser d'anciennes procédures. Il peut être question aussi de mettre en place des procédés de rétroaction (*feed-back*), des comités d'implantation et de suivi de protocoles, des programmes de formation continue, etc.

De plus, l'ensemble de l'organisation devra travailler à rendre l'environnement clinique plus propice au travail d'identification précoce. En effet, plusieurs auteurs signalent l'importance de l'environnement physique « favorable » au dévoilement des situations de violence conjugale (Hamberger et Phelan, 2006; Fishwick, 1998; Knapp et Dowd, 1998; Valente, 2000; Ménard, 1998; Siegel *et al.*, 1999, cités dans Lessard et Paradis, 2003). On parle d'abord des moyens pour assurer la sécurité des victimes et des intervenants, de même que pour assurer la confidentialité des échanges au moment de la consultation. À ce sujet, des études réitèrent l'importance que les victimes accordent à cet aspect pour décider si elles dévoileront ou non leur situation (Borowski et Ireland, 2007; Minsky-Kelly *et al.*, 2005). On rapporte, en effet, que les victimes nieront toute forme de violence si elles perçoivent que la confidentialité risque de ne pas être respectée (Minsky-Kelly *et al.*, 2005).

Outre l'environnement physique, il est essentiel que l'organisation témoigne de sa mobilisation pour contrer la violence conjugale, par exemple en mettant des affiches ou des dépliants dans les présentoirs (Allen *et al.*, 2007; Hamberger et Phelan, 2006). D'ailleurs, des organisations perçues comme étant favorables à l'identification par les intervenants sont plus susceptibles d'avoir du personnel qui le font (Allen *et al.*, 2007), augmentant ainsi le nombre de situations de violence conjugale identifiées (Tower, 2006).

4.2 STRATÉGIE 2 : DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DES INTERVENANTS À L'IDENTIFICATION PRÉCOCE DE LA VIOLENCE CONJUGALE

La formation est reconnue comme étant une composante essentielle de toute initiative visant la détection, l'identification précoce et le soutien aux victimes de violence conjugale. En effet, selon plusieurs auteurs, les professionnels formés vont effectuer plus d'activités d'identification précoce que ceux qui ne le sont pas. Ce résultat est explicable par le fait

qu'une connaissance appropriée de la problématique de la violence conjugale peut contribuer à briser des barrières personnelles, professionnelles et culturelles (Tower, 2003).

Ainsi, plusieurs effets positifs de la formation ont été relevés dans des études (Hamberger et Phelan, 2006; Allen *et al.*, 2007; Borowsky et Ireland, 2002). Elle est indispensable au développement d'attitudes appropriées au regard des victimes de violence conjugale et favorise le développement d'un sentiment d'efficacité personnelle et professionnelle nécessaire à toute intervention (Hamberger et Phelan, 2006; Thompson *et al.*, 2000, cités dans Lessard et Paradis, 2003). En effet, l'identification précoce suscite des interactions complexes entre l'intervenant et la victime de violence et requiert que l'intervenant soit sensible aux sentiments de honte et de culpabilité vécus par la victime au moment du dévoilement de sa situation. Plus la victime se sentira en confiance et à l'aise avec l'intervenant, plus elle aura tendance à surmonter ses émotions et à dévoiler son histoire de violence conjugale (Thackeray *et al.*, 2007). Ainsi, le fait d'adopter des attitudes professionnelles appropriées peut contribuer à briser certaines barrières se rapportant aux victimes, dont le sentiment de honte, le fait de se sentir mal à l'aise quant à la possibilité de dévoiler leur situation, d'entreprendre des changements (Tower, 2006), de perdre la garde de leurs enfants (Borowsky et Ireland, 2002; Gutmanis *et al.*, 2007) et d'avoir peur de représailles ou d'une escalade de la violence.

Conditions d'efficacité de la stratégie

Pour assurer **la motivation du milieu**, il est important que les activités de formation soient soutenues par l'organisation dans son ensemble. En sachant que la violence conjugale constitue une problématique importante aux yeux des autorités et que les activités d'identification précoce sont valorisées dans le milieu, les professionnels se sentiront plus confiants, plus à l'aise et plus motivés à consacrer du temps pour ce type d'activité, de même que pour les activités de formation préalables. De plus, les formations doivent être publicisées de manière à rejoindre l'ensemble des intervenants.

En ce qui concerne **l'accompagnement des milieux**, il importe de mettre en place des conditions de travail facilitant l'accès et la participation du personnel aux activités de formation. De plus, certaines stratégies d'accompagnement, telles que l'offre de sessions cliniques avec un mentor pour pratiquer différentes mises en situation peuvent renforcer les programmes d'identification précoce (D'Avolio *et al.*, 2001).

Pour ce qui est de la **flexibilité**, la formation doit être ajustée ou modifiée de manière à s'adapter aux différentes pratiques et expertises professionnelles, aux besoins et rôles spécifiques des intervenants et aux différentes clientèles (Hamberger et Phelan, 2006; Borowski et Ireland, 2002; Stayton et Duncan, 2005). Cette flexibilité permettra d'augmenter l'efficacité de la formation et la motivation des intervenants à détecter.

L'intensité des activités de formation est un autre élément crucial à surveiller. Une activité de formation doit inclure des objectifs pédagogiques précis et agir sur les connaissances, les croyances, les attitudes et les habiletés professionnelles. Elle ne peut pas, par conséquent, se limiter à une seule conférence ou à un séminaire de trois heures (Hamberger et Phelan,

2006). Il semble d'ailleurs qu'il y ait un lien entre le nombre d'heures de formation et le fait de dépister davantage (Begun, 1999, cité dans Tower, 2003).

Une certaine **continuité** dans les activités de formation doit aussi être assurée. En effet, il est reconnu que le fait d'avoir été formé à l'intérieur des douze derniers mois a une forte incidence sur les taux d'identification de la violence conjugale par un professionnel (Elliot *et al.*, 2002). Par ailleurs, dans un contexte où le roulement de personnel est important, la formation continue permet aux nouveaux employés de se familiariser à la problématique de la violence conjugale et aux processus entourant l'identification précoce (Cousineau *et al.*, 2003). Ceci est d'autant plus important qu'il est reconnu comme étant plus efficace d'établir les pratiques attendues dès le début d'une assignation que de tenter de changer les pratiques professionnelles déjà établies (Stayton Dunca, 2005). Afin de s'assurer d'une telle continuité, la formation sur la violence conjugale devrait être intégrée au programme de formation professionnelle initiale et se poursuivre par de la formation continue en milieu de travail (Tower, 2006).

Enfin, les activités de formation seront d'autant plus efficaces si elles sont accompagnées d'autres stratégies de renforcement, telles la création d'environnements cliniques favorables, les interventions administratives adéquates et la mise en place de protocoles d'intervention (voir stratégies 1 et 3). Ces stratégies requièrent toutes des **changements organisationnels** appropriés.

4.3 STRATÉGIE 3 : MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE D'INTERVENTION

De nombreuses études rapportent que les taux d'identification précoce augmentent de façon significative lorsqu'un protocole clinique est instauré (Borowski et Ireland, 2002; Plichta, 2007; Tower, 2003; D'Avolio *et al.*, 2001; Waalen *et al.*, 2000, cités dans Hamberger et Phelan, 2006). McLeer *et al.*, (1989) rapportent par exemple, que l'établissement d'un protocole pour l'identification systématique de la violence dans une salle d'urgence a augmenté les taux de détection de façon significative, passant de 5 % à 30 %. (McLeer *et al.*, 1989, cités dans Hamberger et Phelan, 2006). Le protocole facilite aussi l'identification d'enfants et d'adolescents exposés à la violence conjugale (Borowski et Ireland, 2002), ainsi que la réponse initiale requise (Groupe de travail CLSC/Centres jeunesse 1998, cité dans Lessard et Paradis, 2003). Selon Rinfret-Raynor (2001), les intervenants qui utilisent un protocole de suivi se disent davantage sensibilisés à la problématique et mieux outillés pour reconnaître les signes de violence et pour aborder la question avec leur clientèle. Ils se disent également plus aptes à intervenir ou à recommander une victime aux services appropriés, et ce, en se montrant plus ouverts, respectueux et accueillants envers cette dernière (Rinfret-Raynor, 2001).

Il est primordial que les protocoles (ou procédures) visant l'identification précoce de la violence conjugale proposent une approche définie et organisée, permettant d'assurer la sécurité des victimes et des enfants, tout en respectant la confidentialité et les choix individuels quant au suivi (Pollitz, 2000; Carlson, 2000). Ces protocoles doivent également contenir des indications précises sur le moment et la façon de faire un signalement (Dowd *et al.*, 2002).

Conditions d'efficacité de la stratégie

Pour assurer **la motivation des milieux**, l'implantation du protocole doit constituer une priorité pour l'établissement (Cousineau *et al.*, 2003). Des gestes devraient être posés afin de maintenir active la préoccupation des intervenants pour l'identification des situations de violence conjugale. L'organisation peut, par exemple, tenir des réunions d'équipe, des discussions de cas ou des causeries-midi (Cousineau *et al.*, 2003) à l'interne ou avec des partenaires du milieu.

L'accompagnement des milieux passe par la promotion de l'utilisation des protocoles. Les procédures d'intervention proposées par le protocole doivent être bien connues par les intervenants et, pour ce faire, elles doivent être intégrées aux activités de formation continue (Borowsky et Ireland, 2002; Hamberger et Phelan, 2006).

La flexibilité est une autre condition d'efficacité qui requiert que les gestionnaires soient attentifs aux besoins des professionnels. En plus de devoir s'adapter aux intervenants, comme mentionnée précédemment, l'application du protocole doit également s'intégrer dans la réalité de l'établissement (Tower, 2006; Cousineau *et al.*, 2003). Les gestionnaires doivent demeurer attentifs aux besoins des intervenants quant à l'application des procédures du protocole, en instaurant des mécanismes d'évaluation, de rétroaction et de suivi.

Afin de s'assurer de l'efficacité d'un programme d'identification précoce, il est important que les protocoles soient utilisés avec un niveau suffisant **d'intensité**. Selon Allen *et al.*, (2007), les intervenants sont plus susceptibles d'identifier la violence conjugale dans les organisations où les protocoles font partie d'un ensemble de mesures mises en place par l'organisation pour soutenir les activités d'identification. Il s'agit ici de s'assurer de la présence de l'ensemble des conditions décrites dans le tableau 2.

Par ailleurs, comme les facteurs qui influencent l'intégration et le maintien d'un protocole au sein d'une organisation varient dans le temps, il est important d'en suivre l'implantation de manière **continue** (Thurson et Eisener, 2006) par l'établissement de mécanismes de suivi appropriés. Certains auteurs recommandent à cette fin la mise sur pied, au sein de chaque organisation, d'un comité de suivi avec un « porteur du dossier » à sa tête (Cousineau *et al.*, 2003). Enfin, il va de soi que ces protocoles seront utilisés dans la mesure où des conditions de travail favorables à leur application sont présentes. Dans certains cas, des **changements organisationnels** peuvent être requis.

5 CARACTÉRISTIQUES ESSENTIELLES À RECHERCHER DANS UN OUTIL D'IDENTIFICATION PRÉCOCE DES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE

Dans cette section, une définition « d'outil d'identification précoce de la violence conjugale » est d'abord proposée. Les caractéristiques essentielles à rechercher pour ces outils sont ensuite décrites selon différentes composantes. Ces dernières ont été identifiées dans la documentation scientifique et ont été soumises à un panel d'experts afin de s'assurer qu'elles étaient applicables au contexte de pratique québécois.

Un outil est « un élément d'une activité, utilisé comme moyen, comme instrument » (Le Petit Larousse illustré, 2000). Ainsi, nous pouvons dire qu'un outil d'identification précoce de la violence conjugale est un instrument de travail qui permet aux professionnels de recueillir de l'information auprès d'une personne dans le but d'identifier des situations de violence conjugale. Il peut prendre la forme d'un questionnaire, d'une entrevue ou d'une liste d'indices. Le questionnaire est la forme la plus fréquemment rencontrée. Il peut être administré par un professionnel, ou être auto-administré, et ce, en format papier ou électronique.

Les caractéristiques ont été groupées selon quatre composantes scindées en items plus spécifiques (tableau 3). À ceci s'ajoutent des commentaires provenant de la documentation scientifique ou des experts consultés. La première composante concerne les **caractéristiques structurelles** de l'outil, soit le niveau de langage, l'enchaînement des questions et la longueur de l'outil. La deuxième composante concerne les **qualités psychométriques** de l'outil, soit sa capacité à distinguer les situations réelles de violence conjugale de celles qui ne le sont pas. La troisième composante aborde les **éléments que l'outil doit permettre de documenter (contenu)**, soit l'information que le professionnel de la santé doit être en mesure de colliger avec l'outil. On parle alors des formes de violence subie, de vécu d'événements violents (passés ou actuels) et du sentiment de peur que la victime ressent. La dernière composante concerne la **polyvalence** de l'outil, soit son adaptabilité, la convivialité de son mode d'administration et sa disponibilité en français.

Tableau 3 Caractéristiques essentielles des outils d'identification précoce de la violence conjugale

Composante	Item	Caractéristiques essentielles	Commentaires
Composante 1 <i>Structure</i>	Niveau de langage	Questions concises et directes.	Dans un contexte de suivi prénatal, le taux de détection augmente lorsque des questions concises et directes sont posées, et ce, à plusieurs occasions plutôt qu'une seule fois (Covington <i>et al.</i> , 1997).
		Questions faciles à comprendre.	Privilégier un questionnaire facile à comprendre (Zink et Jacobson, 2003).
		Langage et terminologie qui ne blessent pas ou n'offusquent pas les victimes.	Les mots choisis doivent être faciles à comprendre et acceptables pour la patiente (Brown, 1996, cité dans Paradis <i>et al.</i> , 1999). Éviter d'utiliser des mots comme blesser, frapper, mais parler plutôt de peur, de tension, de conflit (Zink et Jacobson, 2003). Selon le groupe d'experts , des questions formulées de façon appropriée facilitent l'identification des situations de contrôle et de domination de la part du conjoint. Exemple : « Vous sentez-vous contrôlée par votre conjoint? ».
	Enchaînement des questions	Questions s'enchaînant de façon progressive.	Selon le groupe d'experts , les premières questions devraient permettre un portrait plus général de la situation tandis que les dernières questions apporteraient un éclairage plus détaillé de cette situation.
	Longueur	Questionnaire court.	Les outils plus courts sont plus faciles à utiliser (Punukollu, 2003). Des outils courts comportant entre une et cinq questions devraient être privilégiés (Tower, 2006). L'outil devrait être court, facile à administrer et générer des résultats faciles à interpréter (Cole, 2000, cité dans Phelan, 2007).

Tableau 3 Caractéristiques essentielles des outils d'identification précoce de la violence conjugale (suite)

Composante	Item	Caractéristiques essentielles	Commentaires
Composante 2 <i>Qualités psychométriques</i>	Sensibilité	Bonne capacité, à détecter les vrais positifs, soit des cas réels de violence conjugale.	L'outil doit posséder des propriétés psychométriques satisfaisantes (Brown, 1996, cité dans Paradis <i>et al.</i> , 1999). L'outil devrait être suffisamment sensible pour identifier les cas de violence conjugale et éviter le plus possible les faux positifs (Cole, 2000, cité dans Phelan, 2007). La disponibilité d'un outil sensible, peu coûteux et facile à utiliser est un élément clé du succès dans l'identification des victimes de violence conjugale (Phelan, 2007).
	Spécificité	A une bonne capacité à détecter les vrais négatifs, soit les personnes qui ne sont pas impliquées dans une situation de violence conjugale.	Il faut faire attention aux questions qui semblent faciles à introduire dans un examen médical et qui, intuitivement, apparaissent appropriées, car elles pourraient réduire la sensibilité d'un outil (Peralta et Flemming, 2003, cités dans Phelan, 2007).
Composante 3 <i>Contenu</i>	Formes de violence considérées	Couvre plus d'une forme de violence conjugale, soit la violence : • Physique • Psychologique • Verbale • Sexuelle • Économique • Autre	Selon le groupe d'experts , les stratégies de contrôle peuvent s'exprimer sous différentes formes et c'est pourquoi il importe de documenter plusieurs formes de violence. Le questionnaire devrait examiner autant la fréquence que les formes de violence, la violence exercée dans le passé ou celle qui est subie actuellement par les victimes (Rivers <i>et al.</i> , 2007). La première génération d'outils de dépistage cherchait à documenter uniquement la violence physique. Plus tard, des outils permettant de documenter différentes formes de violence (physique, sexuelle et psychologique) ont permis de détecter davantage de victimes de violence conjugale. Puis, des informations portant sur la violence passée, aussi bien que la violence actuelle ont permis de dresser un portrait plus fidèle de la violence conjugale vécue par les victimes (Waltermayer, 2005, cité dans Phelan, 2007). Au cours des années, il a été démontré que le dépistage de la violence physique uniquement sous-évaluait le nombre de victimes de violence conjugale (Kothari et Rhodes, 2006, cités dans Phelan, 2007).

Tableau 3 Caractéristiques essentielles des outils d'identification précoce de la violence conjugale (suite)

Composante	Item	Caractéristiques essentielles	Commentaires
	Historique des circonstances et des manifestations de la violence	Documente : • Les formes de la violence conjugale et la fréquence des stratégies de contrôle. • Les gestes de violence subie actuellement ou dans le passé. • Le lien avec l'agresseur.	Peralta et Flemming (2003) recommandent que les questions concernant le dépistage de la violence conjugale puissent porter de façon spécifique sur la nature de la relation entretenue avec l'agresseur et garder en tête que plusieurs femmes sont victimes d'un ex-amoureux ou d'un ex-conjoint (cités dans Phelan, 2007).
	Dangerosité	Documente les sentiments de peur et de vulnérabilité ressentis par la victime.	Selon le groupe d'experts , il est souhaitable que l'outil d'identification contienne une question qui vérifie le sentiment de peur chez la victime.
	Signes et symptômes associés à des situations de violence	Contient une liste d'indices et de symptômes pouvant révéler l'existence d'une situation de violence.	Selon le groupe d'experts , l'outil devrait être accompagné d'une liste d'indices à observer chez la victime, tels les signes et les symptômes associés à la problématique de la violence conjugale.

Tableau 3 Caractéristiques essentielles des outils d'identification précoce de la violence conjugale (suite)

Composante	Item	Caractéristiques essentielles	Commentaires
Composante 4 <i>Polyvalence</i>	Adaptabilité	Peut être modifiable aisément selon le contexte de travail ou de pratique.	On devrait être capable d'administrer l'outil à différentes populations et dans autant de contextes de pratique (Cole, 2000, cité dans Phelan, 2007). Selon le groupe d'experts, l'outil doit tenir compte du contexte dans lequel il sera utilisé (exemple : urgence hospitalière et CSSS). L'outil doit être assez flexible pour être utilisé autant lors d'un examen de routine que lors d'une situation de crise (Brown, cité dans Paradis <i>et al.</i>, 1999).
	Convivialité	Questions répondues par écrit (papier ou par ordinateur) ou à l'aide d'un magnétoscope, plutôt qu'en face à face avec l'intervenant.	Les victimes de violence conjugale préfèrent un outil écrit ou qui peut être répondu à l'aide d'un ordinateur (McMillan <i>et al.</i>, 2007; Plichta, 2007; Zink et Jacobson, 2003). Les questionnaires écrits présentent moins de données manquantes (McMillan <i>et al.</i>, 2007). Les questionnaires écrits sont généralement bien acceptés en raison de leur caractère confidentiel et de l'intimité préservée (Bair-Merritt <i>et al.</i>, 2006; Kataoka <i>et al.</i>, 2004, cités dans Phelan, 2007). Cette méthode permet aussi de sauver du temps parce que le questionnaire peut être appliqué pendant que la personne attend pour rencontrer l'intervenant. Cependant, elle peut causer des problèmes à la personne qui éprouve des difficultés à lire ou à écrire (Phelan, 2007). Le <i>Self-report checklist</i> est une alternative efficace aux questions posées directement à la victime de violence conjugale en plus d'être perçue comme acceptable par les femmes (Webster et Holt, 2004). Selon les résultats d'une étude récente effectuée à partir du WAST-Short et du HITS (Chen <i>et al.</i>, 2007), le questionnaire auto-administré est aussi efficace que l'entrevue avec un clinicien, aussi confortable pour les femmes et pour les professionnels et ne requiert pas plus de temps que l'entrevue. Le questionnaire auto-administré peut faire partie du bilan de santé annuel (Punukollu, 2003).

Tableau 3 Caractéristiques essentielles des outils d'identification précoce de la violence conjugale (suite)

Composante	Item	Caractéristiques essentielles	Commentaires
			Des études récentes ont trouvé que les entrevues face à face sont moins appréciées que d'autres méthodes, notamment le dépistage assisté par ordinateur. Il faut toutefois prendre en considération les difficultés liées à la capacité à lire ou à écrire, le fait qu'il faut posséder des habiletés particulières liées à l'utilisation d'un ordinateur et le soutien qui peut être nécessaire en cas de besoin. Néanmoins, il s'agit d'une méthode prometteuse qui permet un taux élevé de dévoilement de situations de violence conjugale (Renker et Tonkin, 2006; Rhodes <i>et al.</i>, 2002, cités dans Phelan, 2007). La méthode d'administration face à face est moins appréciée par les femmes (McMillan <i>et al.</i>, 2006). L'entrevue de personne à personne présente des avantages et des désavantages. Les avantages sont liés au fait qu'un intervenant entraîné et sensible à la possibilité d'interpréter le langage corporel, de préciser ses questions et d'établir une relation avec la personne. Dans certaines études, les femmes préfèrent cette méthode et dévoilent aussi souvent les situations de violence conjugale que lorsque d'autres sont utilisées (Furbee <i>et al.</i>, 1998; Gerbert <i>et al.</i>, 1999; McFarlane <i>et al.</i>, 1991, cités dans Phelan, 2007). Le fait de parler de la violence conjugale pendant le dépistage peut réduire l'isolement vécu par les victimes. Cependant, il peut arriver que les façons de faire soient différentes d'un intervenant à un autre : il faut se rappeler que l'on doit dépister la violence conjugale et avoir ou prendre le temps de le faire. Le style de l'intervenant, la confiance en ses habiletés, son efficacité et son expérience peuvent aussi contribuer au succès du dépistage ou le rendre plus difficile. De plus, cette méthode n'est pas anonyme (Phelan, 2007).
	Langue	Disponible en français.	Selon le groupe d'experts , la qualité de la traduction est importante afin de garder le sens des questions.

6 CARACTÉRISTIQUES ESSENTIELLES DES FORMATIONS EN IDENTIFICATION PRÉCOCE DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Comme il a été exposé précédemment, la formation est un élément crucial à l'identification précoce de la violence conjugale. Cette section présente les caractéristiques essentielles que les formations devraient contenir. Celles-ci sont tirées d'une recension des écrits et corroborées par le panel d'experts consultés.

Une formation est considérée ici comme un processus pédagogique permettant d'outiller les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux afin de mettre en œuvre un programme ou bien d'adopter de nouvelles pratiques. Dans le cas de la formation à l'identification précoce, on désigne des activités d'apprentissage (ateliers, cours, présentations, etc.) qui ont pour objectifs de repérer 1) des situations dans lesquelles des personnes courent le risque de subir ou subissent une situation de violence de la part de leur partenaire intime ou 2) des situations où des enfants sont exposés à la violence conjugale.

Les caractéristiques identifiées comme essentielles sont regroupées selon onze composantes, soit six sur des aspects généraux et cinq sur des aspects de contenu (tableau 4). Les caractéristiques de chaque composante sont décrites et sont appuyées par des commentaires émanant de la recension des écrits, du groupe d'experts ou de l'opinion des victimes, telle qu'exprimée dans certaines enquêtes de victimation.

Les six composantes sur les aspects généraux concernent le **soutien offert aux intervenants**, **l'approche pédagogique préconisée**, les **modalités de la formation**, son **adaptabilité** aux différents contextes de pratique, aux besoins des intervenants et aux clientèles particulières, de même que son **accessibilité** et ses **modalités de suivi et d'évaluation**. En ce qui concerne les composantes ayant trait au contenu, la première concerne les **connaissances propres à la problématique** (définitions, enjeux particuliers, rôle et responsabilité des intervenants de la santé, etc.). La deuxième concerne les **connaissances nécessaires pour pouvoir entamer le processus d'identification précoce**, soit les barrières, les signes et les symptômes, les réactions possibles, les considérations éthiques, etc. La troisième cible le **développement des capacités** et concerne le développement des attitudes et des habiletés des intervenants, pour faciliter le repérage (attitudes personnelles et professionnelles). La quatrième concerne les **outils** proposés dans la formation et la dernière porte sur les **connaissances liées à la réponse initiale** une fois l'identification effectuée, soit ce que l'intervenant doit connaître pour bien réagir lors du dévoilement (comment faire une recommandation vers les ressources appropriées, quand et comment déclarer une situation à la Direction de la protection de la jeunesse, etc.).

Tableau 4 Caractéristiques essentielles des outils d'identification précoce de la violence conjugale

Composante	Item	Caractéristiques essentielles	Commentaires
Soutien	Offre du soutien psychologique aux participants	Considère l'influence du bagage personnel des participants.	Les expériences personnelles des intervenants peuvent influencer leurs attitudes face à l'identification précoce des victimes, autant négativement que positivement. Dans certains cas, on peut observer que les médecins ayant été exposés à la violence conjugale ou abusés n'ont pas tendance à détecter davantage de victimes que les autres intervenants, probablement parce qu'ils craignent de s'identifier à ces dernières (Sugg <i>et al.</i>, 1992; Warshaw, 1993, cités dans Elliot <i>et al.</i>, 2002). Certaines études rapportent un taux élevé de violence familiale parmi les étudiants en médecine : 38 % des étudiants de 1^{re} année ont vécu des histoires personnelles d'abus, dont 13 % pendant l'enfance, 32 % ont été exposés à la violence conjugale ou abusés sexuellement (Cullinane, Alpert, et Freund 1997; De Lahunta et Tulskey, 1996, cités dans Tower, 2006).
Pédagogie	Approche mixte	Interpelle la raison, mais aussi les émotions.	La sollicitation simultanée du monde rationnel et de celui de l'imaginaire et du senti vise à ce que chaque participant ait une compréhension plus approfondie, tant intellectuelle qu'affective, de la problématique. En utilisant cette méthode pédagogique (tirée de Malarewicz, 1990), les chances d'obtenir des effets durables sont plus élevées (Arseneau <i>et al.</i>, 2005). Selon le groupe d'experts, une formation doit tenir compte des différents styles d'apprentissage des participants et, par conséquent, doit recourir à des méthodes pédagogiques diversifiées.
	Module pratique	Stimule le développement des habiletés des intervenants par la pratique de scénarios, le visionnement de vidéos, les échanges, les jeux de rôle, le modelage, discussions à partir de cas réels, intégration théorie/pratique, etc.	Diversifier les méthodes pédagogiques permet d'aborder et mettre en pratique différentes habiletés nécessaires : • Utiliser des scénarios intervenant-patient (Hamberger et Phelan, 2006). • Visionner des témoignages portant sur l'expérience des femmes victimes de violence conjugale (Minski-Kelly <i>et al.</i>, 2005). • Discuter des enjeux éthiques et légaux en lien avec l'identification de la violence (Minski-Kelly <i>et al.</i>, 2005; Furniss <i>et al.</i>, 2007). • Participer à des jeux de rôle (Furniss <i>et al.</i>, 2007). La formation sans stratégie de renforcement permettant aux intervenants de mettre en pratique leurs connaissances et habiletés a très peu d'impacts (D'Avilio <i>et al.</i>, 2001; Jaffee <i>et al.</i>, 2005; Stayton et Duncan, 2005).

Tableau 4 Caractéristiques essentielles des outils d'identification précoce de la violence conjugale (suite)

Composante	Item	Caractéristiques essentielles	Commentaires
Modalités de la formation	Intégration	Multiples composantes abordées et multidisciplinarité.	Selon le groupe d'experts, on doit prendre en considération les éléments suivants : • Modelage ou <i>modeling</i>. • Discussions à partir de cas réels. • Intégration théorie/pratique. Une formation efficace sur l'identification précoce et sur la réponse initiale aux victimes de violence conjugale doit avoir une approche à plusieurs composantes et être multidisciplinaire (Hamberger et Phelan, 2006).
	Caractéristiques du groupe	Groupe intersectoriel et petits groupes.	Selon le groupe d'experts, on doit aussi prendre en considération les éléments suivants : • Mixité des formateurs. • Type de groupe.
	Caractéristiques du formateur	Formateur ouvrant auprès des victimes et des conjoints violents.	
		Formateurs masculins et féminins.	
	Intensité et continuité	Formation progressive.	Les intervenants devraient recevoir : • une formation sur la violence conjugale intégrée au programme de formation professionnelle. • une formation continue en milieu de travail. • une formation spécifique sur l'identification précoce (Tower, 2006).

Tableau 4 Caractéristiques essentielles des outils d'identification précoce de la violence conjugale (suite)

Composante	Item	Caractéristiques essentielles	Commentaires
		Temps suffisant accordé à la formation.	Les intervenants qui ont reçu plus d'heures de formation dans leur milieu de pratique rencontrent moins de barrières et identifient davantage de victimes de violence conjugale (Begun, 1999, cité dans Tower, 2003). Stayton et Duncan (2005) soutiennent que les intervenants formés récemment dépistent plus que les autres.
		Formation continue en milieu de travail.	La formation en violence conjugale offerte en milieu de travail est importante pour deux raisons : 1) elle permet de mieux cibler les éléments essentiels du contexte de travail à considérer lors de la formation et 2) il est plus efficace de mettre en place de nouvelles pratiques que de changer des pratiques déjà existantes. La formation, la rétroaction et le renforcement par la pratique sont ainsi rapidement intégrés au travail professionnel (Stayton et Duncan, 2005). « La formation continue est une stratégie de sensibilisation appropriée à la problématique de la violence conjugale et à toute problématique sociale. Elle permet aux intervenants et intervenantes de maintenir à jour leurs connaissances, ainsi que leur façon de dépister et d'intervenir, en leur permettant de répondre de façon ponctuelle à leurs interrogations » (Rinfret-Raynor <i>et al.</i>, 2006). La formation continue des intervenants est une condition importante pour maintenir les pratiques liées à l'identification précoce (Tower, 2006; Stayton et Duncan, 2005; Jaffe <i>et al.</i>, 2005). Plusieurs études rapportent une augmentation considérable du taux d'identification précoce quand les intervenants bénéficient d'une formation continue sur l'identification précoce de la violence conjugale et sur la réponse initiale aux victimes (Borowsky et Ireland, 2002; Plichta, 2007; Tower, 2003; Stayton et Duncan, 2005). Les résultats de l'étude exploratoire sur la consolidation des pratiques en violence conjugale dans les CLSC du Québec de Lemieux Breton <i>et al.</i>, 2007 révèlent un appui des intervenants au regard de la formation continue dans ce domaine.

Tableau 4 Caractéristiques essentielles des outils d'identification précoce de la violence conjugale (suite)

Composante	Item	Caractéristiques essentielles	Commentaires
Adaptabilité	Adaptabilité	La formation porte attention aux éléments contextuels suivants et tente d'y répondre : • pratiques différentes • diversité des clientèles • besoins des d'intervenants et des milieux évoluant dans le temps • contraintes professionnelles • contextes de travail spécifiques	« La formation doit être relativement courte et donnée à plusieurs reprises; elle doit aussi être adaptée à différents secteurs de pratique et axée sur l'intervention et l'application des outils » (Rinfret-Raynor <i>et al.</i>, 2006). Pour qu'elle réponde aux besoins du milieu, il est fortement recommandé que la formation sur le dépistage soit adaptée aux différentes pratiques des intervenants et aux diverses manières de se présenter de la clientèle. On peut être obligés de modifier les programmes de formation afin qu'ils répondent aux besoins spécifiques des intervenants œuvrant dans différents milieux (Hamberger et Phelan, 2006; Borowsky et Ireland, 2002; Rodriguez <i>et al.</i>, 1999) ou de différentes professions (Hamberger et Phelan, 2006).
Accessibilité	Accessibilité	Rejoint tous les intervenants. Formation d'agents multiplicateurs.	Elle doit rejoindre tous les intervenants de l'équipe médicale (Borowsky et Ireland, 2002) et tous ceux qui sont concernés par la problématique de la violence conjugale (Pâquet-Deehy, 1997, cité dans Lessard et Paradis, 2003; Hamberger et Phelan, 2006). Une personne reconnue dans le milieu peut être désignée pour prendre en charge les activités de sensibilisation et de formation continue (Rinfret-Raynor <i>et al.</i>, 2006).
Modalités de suivi	Évaluation Suivi après la formation	La formation prévoit des modalités d'évaluation.	

Tableau 4 Caractéristiques essentielles des outils d'identification précoce de la violence conjugale (suite)

Composante	Item	Caractéristiques essentielles	Commentaires
COMPOSANTE DE CONTENU 1 Connaissances liées à la problématique de la violence conjugale	Principaux éléments de la problématique de la violence conjugale	Aborde : - Les connaissances générales. - La définition de la violence conjugale. - La dynamique. - Le cycle. - L'ampleur. - Les conséquences. - Les relations conjugales. - La relation parents/enfants. - Les réalités multiculturelles. - Les rôles et responsabilités du réseau de la santé et des services sociaux et des intervenants. - Les problèmes de santé publique. - La concomitance entre l'exposition à la violence conjugale et les mauvais traitements.	Allen <i>et al.</i>, 2007; Borowsky et Ireland, 2002, soutiennent que le fait d'avoir bénéficié d'une formation au sujet de la problématique de la violence conjugale favorise le dépistage des situations de violence conjugale. Une formation devrait inclure : - des connaissances de base : la définition, la dynamique, l'incidence et la prévalence de la violence conjugale; - des discussions portant sur le rôle du dispensateur de soins en ce qui concerne l'identification précoce et la réponse initiale suite au dévoilement; - des échanges avec les médecins sur l'importance de considérer la violence conjugale comme relevant du domaine de la santé (Minski-Kelly <i>et al.</i>, 2005). Une formation devrait prendre en considération les attentes des victimes : - que les intervenants soient bien formés et aient une bonne compréhension des enjeux liés à la violence conjugale (Feder <i>et al.</i>, 2006, cités dans Gutmanis <i>et al.</i>, 2007).

Tableau 4 Caractéristiques essentielles des outils d'identification précoce de la violence conjugale (suite)

Composante	Item	Caractéristiques essentielles	Commentaires
		Les problématiques multiples : santé mentale, pauvreté, toxicomanie, femmes handicapées. Les préjugés par rapport aux clientèles victimes. Les préjugés par rapport aux auteurs de violence conjugale.	
	Clientèles	Couvre la problématique des femmes, des enfants et des hommes.	Une étude québécoise recommande d'encourager la formation portant à la fois sur les femmes victimes de violence conjugale, sur les enfants exposés et sur les conjoints ayant des comportements violents (Lemieux Breton <i>et al.</i> , 2007).
COMPOSANTE DE CONTENU 2 Connaissances liées à l'identification précoce de la violence conjugale	Principaux éléments liés à la procédure d'identification précoce	Aborde : Les barrières et enjeux. Les enjeux éthiques et légaux. Les signes et symptômes. Les réactions possibles des clientèles cibles.	Les enjeux éthiques et légaux (Minski-Kelly <i>et al.</i>, 2005; Furniss <i>et al.</i>, 2007). Les signes et les symptômes (Gerbert <i>et al.</i>, 2002). Selon le groupe d'experts, on doit aussi prendre en considération les éléments suivants : • barrières à l'identification précoce. • réactions possibles des clientèles cibles.

Tableau 4 Caractéristiques essentielles des outils d'identification précoce de la violence conjugale (suite)

Composante	Item	Caractéristiques essentielles	Commentaires
COMPOSANTE DE CONTENU 3 <i>Développement des capacités à identifier précocement les clientèles cibles</i>	Attitudes que l'intervenant doit avoir	Suscite le développement d'attitudes personnelles et professionnelles favorables. Situe les facteurs déterminants de l'identification précoce, soit autant ceux liés à l'intervenant que ceux liés à la victime.	Une des barrières souvent mentionnées par les intervenants est qu'ils se sentent inconfortables face à la problématique de la violence conjugale. Une formation qui permet de développer leurs habiletés et des attitudes appropriées peut abaisser ce malaise et leur procurer un sentiment d'efficacité personnelle, nécessaire à la détection précoce, à l'identification et à la réponse initiale aux victimes de violence conjugale (Dowd <i>et al.</i>, 2002; Hamberger et Phelan, 2006). En enseignant les attitudes appropriées envers les victimes de violence conjugale et en favorisant la connaissance des ressources capables d'assurer la protection des victimes, les barrières à l'identification peuvent diminuer (Tower, 2006). Une formation devrait prendre en considération les attentes des victimes : • que les intervenants les soutiennent, leur démontrent compassion et respect, leur fassent confiance, ne les jugent pas (Hamberger <i>et al.</i>, 1998; Rodriguez <i>et al.</i>, 1996, cités dans Tower, 2006; D'Avolio <i>et al.</i>, 2001), qu'ils démontrent chaleur, empathie, compréhension au moment de les questionner (Dowd <i>et al.</i>, 2002), qu'ils respectent leur autonomie et leur capacité à prendre des décisions, qu'ils valident leurs expériences en plus de faire l'examen de leurs blessures et de leur histoire de violence (Hamberger et Phelan, 2006). Selon le groupe d'experts, on doit aussi prendre en considération les éléments suivants : • lors de son intervention, l'intervenant doit tenir compte du fait qu'il s'adresse soit à une femme, soit à un enfant ou soit à un homme. Selon le groupe d'experts, la responsabilité de la réussite de l'identification précoce est partagée entre l'intervenant et la clientèle cible.
	Habiletés qu'un intervenant doit posséder	Aborde : La façon de poser les questions. La façon de réagir suite à un dévoilement.	Selon Tower (2006), deux aspects sont à considérer : comment poser les questions à la victime de façon sensible et comment réagir suite à un dévoilement. Une formation devrait permettre aux intervenants de développer un sentiment de responsabilité et leurs habiletés à dépister les situations d'enfants exposés à la violence conjugale (Peled, 1997; Muskie School of Public Service University of Southern Maine, 1998a, 1998b, cités dans Lessard et Paradis, 2003).

Tableau 4 Caractéristiques essentielles des outils d'identification précoce de la violence conjugale (suite)

Composante	Item	Caractéristiques essentielles	Commentaires
COMPOSANTE DE CONTENU 4 Outils	Outil d'identification précoce Outil d'évaluation de la dangerosité	Comprend : La présentation d'un ou de plusieurs outils d'identification précoce. La présentation d'un ou de plusieurs outils d'évaluation de la dangerosité. La façon d'utiliser les outils.	Utiliser un même outil cohérent enlève à l'intervenant la responsabilité d'inventer des questions et fait en sorte que le dépistage fasse partie de la routine de la collecte de données (D'Avolio <i>et al.</i> , 2001). Afin de faciliter l'identification des victimes, les intervenants et les administrateurs doivent être formés à utiliser des outils d'identification précoce qui pourraient combattre l'importante barrière représentée par le manque de temps (Tower, 2006).
COMPOSANTE DE CONTENU 5 Connaissances liées à l'intervention initiale	Principaux éléments liés à l'intervention initiale suite à l'identification	Présente : Les interventions à effectuer. Les procédures de signalement DPJ. L'évaluation de la dangerosité.	Une formation devrait permettre aux intervenants : - d'améliorer leurs connaissances relativement aux interventions à effectuer auprès des femmes et des enfants dépistés (Wissow <i>et al.</i>, 1992; Sugg et Inui, 1992; Wright <i>et al.</i>, 1997; Denham, 1995; Waalen <i>et al.</i>, 2000; Salber et McCaw, 2000; Pollitz Worden, 2000; Knapp et Dowd, 1998; Borowsky et Ireland, 1999; Valente, 2000; Hyman, 1996; Taylor, 1997; Culross, 1999, cités dans Lessard et Paradis, 2003). - de développer leurs habiletés à évaluer le niveau de dangerosité auquel les enfants sont exposés, à identifier les enfants dont la sécurité et le développement sont menacés et à fournir aux femmes des informations appropriées sur la façon de se protéger et de protéger leurs enfants (Peled, 1997; Muskie School of Public Service University of Southern Maine, 1998a, 1998b, cités dans Lessard et Paradis, 2003). - d'améliorer leur connaissance des ressources du milieu. C'est un autre aspect à considérer lors de la formation et qui est mentionné par de nombreux auteurs (Thackeray <i>et al.</i>, 2007; Furniss <i>et al.</i>, 2007; Wissow <i>et al.</i>, 1992; Sugg et Inui, 1992; Wright <i>et al.</i>, 1997; Denham, 1995; Waalen <i>et al.</i>, 2000; Salber et McCaw, 2000; Pollitz Worden, 2000; Knapp et Dowd, 1998; Borowsky et Ireland, 1999; Valente, 2000; Hyman, 1996; Taylor, 1997; Culross, 1999, cités dans Lessard et Paradis, 2003). Il est important d'informer les intervenants sur les ressources spécialisées en violence conjugale qui existent dans leur région, particulièrement sur les ressources disponibles pour les enfants exposés à la violence conjugale et pour les conjoints ayant des comportements violents (Lemieux Breton <i>et al.</i>, 2007).

Tableau 4 **Caractéristiques essentielles des outils d'identification précoce de la violence conjugale (suite)**

Composante	Item	Caractéristiques essentielles	Commentaires
		Le scénario de protection. Les ressources, les services offerts et les procédures de référence.	Une formation devrait prendre en considération les attentes des victimes : • Les mères considèrent qu'il est important pour les intervenants de connaître les enjeux complexes de la protection de la jeunesse (Zinc et Jacobson, 2003). • Elles soulignent l'importance d'avoir des services, incluant l'hébergement immédiatement après le dévoilement (Dowd <i>et al.</i>, 2002). Selon une récente synthèse de 25 études qualitatives, les femmes souhaitent que les intervenants connaissent les ressources communautaires et les modalités de référence (Feder <i>et al.</i>, 2006, cités dans Gutmanis <i>et al.</i>, 2007).

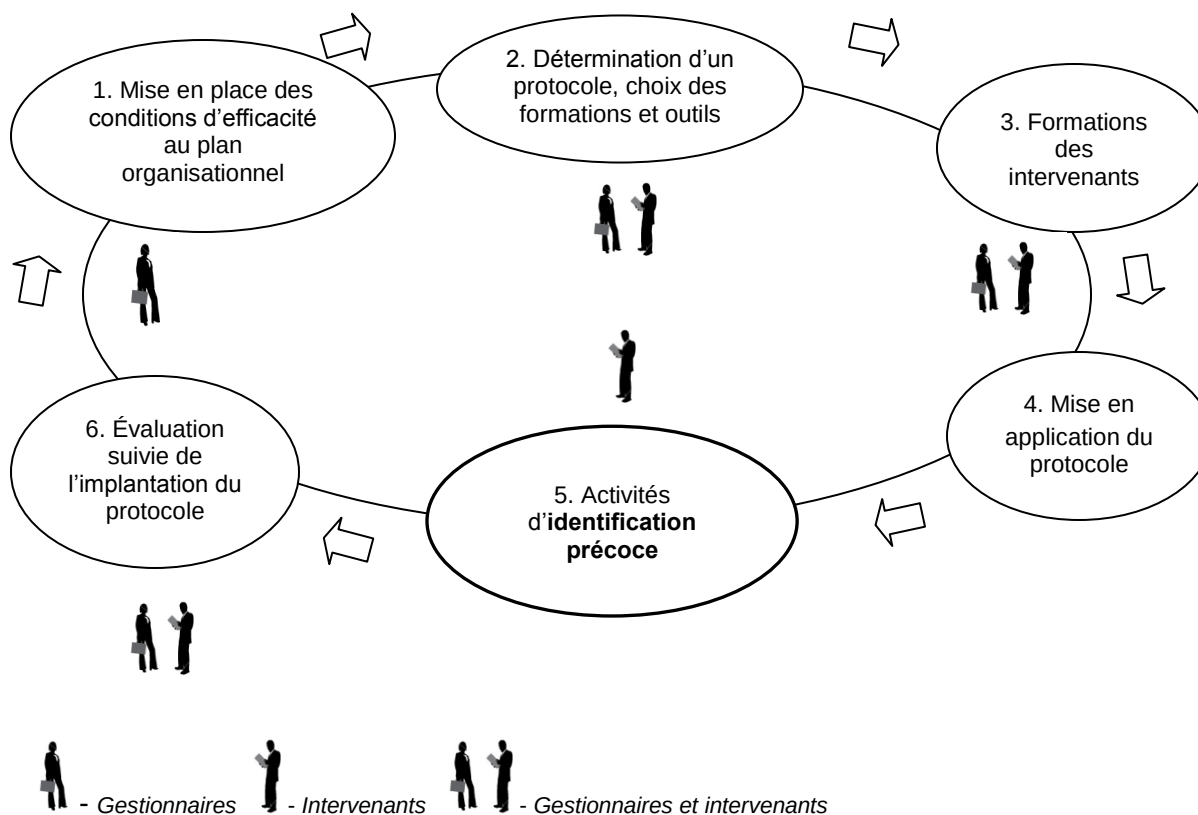
7 DISCUSSION ET CONCLUSION

L'identification précoce est un élément clé de l'intervention en matière de violence conjugale. En constatant ou en présumant l'existence d'une situation de violence conjugale, le professionnel de la santé est en mesure d'ajuster son offre de services et d'assurer une intervention plus efficace et appropriée pour la personne qui vit cette violence. Au début des années 2000, le réseau de la santé et des services sociaux du Québec a été sensibilisé à l'importance de cette question par le biais d'une formation à l'utilisation d'un outil d'identification systématique de la violence conjugale. Néanmoins, à cause des questionnements sur l'approche systématique préconisée dans le programme de formation, cet outil et les activités de promotion de l'identification précoce de la violence conjugale ont été mis en veilleuse dans plusieurs milieux d'intervention. C'est dans ce contexte et en réponse à leur engagement dans le Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale que le MSSS et l'INSPQ ont produit cette synthèse de connaissances théoriques et empiriques relatives aux meilleures pratiques de détection précoce en matière de violence conjugale.

Les constats qui ressortent des travaux réalisés sont les suivants :

1. Il existe une panoplie de conditions de réussite connues et bien documentées qui doivent être introduites au sein d'un établissement pour améliorer les activités d'identification de la violence conjugale. Bien que les interventions administratives à effectuer pour atteindre ces conditions puissent varier d'un milieu à l'autre, elles devraient toujours être orientées de manière à créer des environnements favorables, à établir des protocoles et à intégrer des activités de formation continue. Ces stratégies ne devraient pas être utilisées seules, mais en combinaison. En plus, elles devraient être entourées de certaines conditions d'efficacité, soit la motivation et l'accompagnement des milieux, la flexibilité, l'intensité, la continuité et l'inclusion de changements organisationnels.
2. L'adhésion de l'organisation revêt un caractère déterminant sinon indispensable dans l'implantation, le suivi et l'évaluation de toutes ces conditions et stratégies visant l'amélioration des activités d'identification précoce de la violence conjugale. Cette adhésion ne concerne pas seulement les administrateurs, mais aussi tous les intervenants de l'organisation. En effet, la responsabilité d'assurer la mise en place des conditions favorables à l'identification précoce relève de tous les paliers d'intervention d'une organisation. L'implication des intervenants est présente à plusieurs moments clés du processus, soit dans l'adhésion à la démarche (motivation), dans l'application du protocole, dans le choix et l'utilisation des outils et des formations appropriées, dans la participation aux activités de formation continue, dans l'évaluation (rétroaction) et le suivi des protocoles, etc. Pour leur part, les gestionnaires, administrateurs ou chefs d'équipe doivent être impliqués dans chaque étape de ce processus. Cette façon de faire permet une appropriation de la démarche par l'ensemble du personnel, favorise son adhésion et assure la pérennité des activités d'identification précoce des situations de violence conjugale. Le schéma suivant permet d'illustrer le cheminement de la mise en place des conditions de réussite et les acteurs concernés au sein d'un établissement.

Figure 1 Cheminement visant la mise en place de conditions facilitant
l'identification précoce de la violence conjugale au sein d'une
organisation et les acteurs concernés



3. La promotion d'un outil ou l'organisation d'une activité de formation ponctuelle visant l'amélioration de l'identification des situations de violence conjugale ne seront pas suffisantes, et ce, même dans le cas des outils et des formations qui présentent des qualités psychométriques excellentes ou qui cumulent un nombre important de composantes essentielles. Le succès d'un programme d'identification précoce passe nécessairement par la mise en place d'un plan d'action global, systémique et intégré qui spécifie une variété de moyens permettant de soutenir son implantation et le maintien des activités.
4. Les travaux réalisés au Québec au début des années 2000 en lien avec le développement du *Protocole de dépistage systématique de la violence conjugale* demeurent d'actualité. En effet, autant l'outil recommandé que le matériel entourant les activités de formation ont servi et servent encore d'inspiration pour de nombreuses initiatives dans le domaine. De plus, de façon plus globale, malgré la controverse qu'ils ont suscitée, ces travaux ont permis un questionnement et une réflexion profonde sur la façon de faire l'identification précoce au Québec. Ainsi, l'approche systématique semble céder la place à une approche plus sélective basée sur le jugement clinique des intervenants.

Il existe au Québec un grand nombre d'organisations impliquées dans la problématique de la violence conjugale. Ces dernières couvrent une variété de clientèles (femmes, enfants, hommes, personnes âgées, jeunes, etc.), utilisent une multitude d'approches selon les spécialités des intervenants (travailleurs sociaux, personnel de l'accueil, infirmiers, médecins, procureurs, etc.) et agissent dans le cadre de systèmes ayant des finalités distinctes (santé et services sociaux, justice, sécurité publique). L'analyse réalisée dans le cadre de ce projet n'avait pas pour objectif de sélectionner parmi les outils et les formations ceux qui devraient être utilisés. En effet, en raison de la grande diversité des milieux dans lesquels évoluent les intervenants du Québec, il est hasardeux de recommander un seul modèle de formation ou une seule procédure d'identification. Les composantes essentielles identifiées autant pour les outils que pour les formations peuvent par contre servir de guide pour choisir, valider ou bonifier les composantes des outils ou formations existantes. Ainsi, dans le cas d'un milieu de pratique à la recherche d'une formation, la liste de ces composantes lui permet d'apprécier les caractéristiques d'une formation X ou Y et de les adapter, selon le cas, à ses besoins.

La collaboration d'un groupe d'experts québécois bien au fait de la problématique et de la situation du réseau de la santé et des services sociaux du Québec a constitué un aspect singulier de notre approche méthodologique. De plus, le fait d'avoir pu associer les résultats de recherches scientifiques dans le domaine de la violence conjugale aux recherches récentes en matière de promotion de pratiques cliniques préventives permet d'aller un peu plus loin dans l'identification des activités à mettre en place pour promouvoir l'identification précoce des situations de violence.

Les consultations réalisées dans le cadre de l'étude exploratoire intitulée *Consolidation des pratiques préventives en violence conjugale dans les CLSC du Québec*⁶ avaient permis d'identifier des besoins en matière de soutien à l'intervention (formation continue, outils, supervision clinique, etc.). Aussi, il était question d'améliorer les connaissances sur les meilleures pratiques et les meilleurs outils de soutien à l'intervention. Avec cette deuxième et dernière phase de travaux, des notions détaillées sur les conditions de succès, les stratégies et les actions à réaliser pour améliorer les activités d'identification de la violence conjugale sont rassemblées et synthétisées. Des recherches devront se poursuivre notamment au chapitre des outils et de leur validation. Des initiatives intéressantes se déroulent au Québec, mais l'obtention de données probantes concernant leur efficacité est nécessaire. Des efforts devront également être consacrés à la mise en place des conditions de succès entourant les activités d'identification précoce dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec. Sans elles, il est fort probable que les pratiques d'identification de la violence conjugale dans le réseau de la santé et des services sociaux stagnent ou ne dépassent pas le stade de la recherche et du développement.

⁶ Disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : www.inspq.qc.ca.

RÉFÉRENCES⁷

Allen, N. E., Lehrner, A., Mattison, E., Miles, T., et Russel, A. (2007). Promoting Systems Change in the Health Care Response to Domestic Violence. *Journal of Community Psychology*, 35, 103-120.

Arseneau, L. et Barnabé, H. (2001). *Guide d'animation : la boîte à outils l'Ego, démarche de dévictimisation*. Québec: Violence info.

Arseneau, L., Lampron, C., Levaque, R., et Paradis, F. (2005). *Le vécu des enfants exposés à la violence conjugale : Activité de sensibilisation* Beauport, Québec, Canada: Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

Arseneau, L., Delisle, R., Lampron, C., et Paradis, F. (2005). *L'intervention auprès d'un enfant exposé à la violence conjugale : Activité de formation* Beauport, Québec, Canada: Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2000). *Guide d'intervention clinique en violence conjugale à l'intention des CLSC* Québec, Canada.

Bair-Merritt, M., Mollen, C., Yau, P. L., et Fein, J. A. (2006). Impact of Domestic Violence Posters on Female Caregivers' Opinion about Domestic Violence Screening and Disclosure in a Paediatric Emergency Department. *Paediatric Emergency*, 22, 689-693.

Beaudoin, A., Cousineau, M. M., Jauvin, N., et Paquet, J. (2000). *L'évaluation de l'implantation du protocole systématique de dépistage de la violence conjugale*. Québec, Canada: Faculté des sciences sociales, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.

Berger, R. P., Bogen, D., Dulani, T., et Broussard, E. (2002). Implementation of a Program to Teach Pediatric Residents and Faculty about Domestic Violence. *Arch Paediatr Adolesc Med.*, 156, 804-810.

Borowski, W. I. et Ireland, M. (2002). Parental Screening for Intimate Partner Violence by Paediatricians and Family Physicians. *Paediatrics*, 110, 509-516.

Brown, J. B., Lent, B., Brett, P. J., Sas, G., et Pederson, L. L. (1996). Development of the Woman Abuse Screening Tool for Use in Family Practice. *Family Medicine*, 28, 422-428.

Brown, J. B., Schmidt, G., Lent, B., et Sas, G. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-Short in the family practice setting. *Journal of Family Practice*, 49, 896-903.

⁷ Un Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale a été produit en complément de ce document. La présente liste regroupe les références utilisées pour ces deux documents.

Brown, J. B., Schmidt, G., Lent, B., Sas, G., et Lemelin, J. (2001). Dépistage de la violence faite aux femmes. Épreuve de validation et de fiabilité d'un instrument de mesure en français. *Canadian Family Physician*, 47, 988-995.

Campbell, J. C., Webster, D., Koziol-McLain, J., Block, C., Campbell, D., Curry, M. A. et al., (2003). Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *Am.J Public Health*, 93, 1089-1097.

Campbell, J. C., Webster, D., Koziol-McLain J., Block, C. R. C. D. C. L. A., et al., (2003). Assessing risk factors for intimate partner homicide. *National Institute of Justice Journal*, 250, 14-19.

Campbell, J. C., Sharps, P., Sachs, C., et Yam, M. (2003). Medical Lethality Assessment and Safety Planning in Domestic Violence Cases. *Clinical Family Practice*, 5, 101-111.

Campbell, J. C. (2005). Commentary on Websdale: lethality assessment approaches: reflections on their use and ways forward. *Violence against Women*, 11, 1206-1213.

Carlson, K. J. (2000). Multidisciplinary women's health care and quality of care. *Women's Health Issues*, 10, 219-225.

Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (2001). Implantation d'un protocole de dépistage systématique des femmes victimes de violence conjugale dans les CLSC du Québec : Résultats et enjeux. Actes du colloque, septembre 2000. In.

Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) (2006). *L'Identification précoce de la violence conjugale : Guide de formation*. Québec, Canada : Hôpital Rivière-des-Prairies.

Chen, P. H., Rovi, S., Washington, J., Jacobs, A., Vega, M., Pan, K. Y. et al., (2007). Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice. *Ann.Fam.Med*, 5, 430-435.

Cherniak, D., Grant, L., Mason, R., Moore, B., et Pellizzari, R. (2005). Directives cliniques de la SOGC. Déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 157, 389-418.

Coulthard, P., Yong, S., Adamson, L., Warburton, A., Worthington, H. V., et Esposito, M. (2004). Domestic violence screening and intervention programmes for adults with dental or facial injury. *Cochrane Database Syst.Rev.*, CD004486.

Cousineau, M. M., Gagnon, C., Campos, E., et Fortin, L. (2003). *Points saillants de l'évaluation du protocole de dépistage des femmes victimes de violence conjugale en CLSC-CHSLD, Phase II et ses précédents*. Québec, Canada: CRI-VIFF.

Covington, D. L., Dalton, V. K., Diehl, S. J., Wright, B. D., et Piner, M. H. (1997). Improving detection of violence among pregnant adolescents. *J Adolesc.Health*, 21, 18-24.

D'Avolio, D., Hawkins, J. W., Kelly, U., Durno Toscano, S. E., Dwyer, J., and Kearny, M. *et al.*, (2001). Screening for Abuse: Barriers and Opportunities. *Health Care for Women International*, 22, 349-362.

Datner, E. M., O'Malley, M., Schears, R. M., Shofer, F. S., Baren, J., et Hollander, J. E. (2004). Universal screening for interpersonal violence: inability to prove universal screening improves provision of services. *Eur.J Emerg.Med*, 11, 35-38.

De Becker, G. et. Associates. (2000). *Domestic Violence Method (DV Mosaic)*.

Delem, I., Delisle, R., Paquin, G., et Verret, E. (2006). *Guide d'intervention en matière de violence conjugale*. Centre de santé et services sociaux de la Vieille-Capitale.

Department for Victorian Communities (2006). *Common risk assessment framework for family violence services in Victoria*, Melbourne.

Desjardins, N., D'Amours, G., Poissant, J., et Manseau, S. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Institut national de santé publique du Québec.

Dowd, D., Kennedy, C., Knapp, J. F., et Stallbaumer-Rouyer, J. (2002). Mother's and Health Care Providers' Perspectives on Screening for Intimate Partner Violence in a Pediatric Emergency Department. *Archives of Pediatrics et Adolescent Medicine.*, 156, 704-799.

Duncan, M. M., McIntosh, P. A., Stayton, C. D., et Hall, C. B. (2006). Individualized Performance Feedback to Increase Prenatal Domestic Violence Screening. *Matern Child Health J*, 10, 443-449.

Dutton, D. G. et Kropp, P. R. (2000). A review of Domestic Violence Risk Instruments. *Trauma, Violence et Abuse*, 1, 171-181.

Eisenstat, S. A. et Bancroft, L. (1999). Domestic Violence: Review Articles. *The New England Journal of Medicine*, 341, 886-892.

Elliot, L., Nerney, M., Jones, T., et Friedmann, P. D. (2002). Barriers to Screening Domestic Violence. *J.Gen.Intern.Med*; 17, 112-116.

Family Violence Prevention Fund (2002). *National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings*. San Francisco.

Feldhaus, K. M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H. L., Norton, I. M., Lowenstein, S. R., et Abbott, J. T. (1997). Accuracy of a 3 Brief Screening Questions for Detecting Partner Violence in the Emergency Department. *JAMA*, 277, 1357-1361.

Ferris, L., Nurani A., et Silver, L. (1998). *Guide traitant des femmes victimes de violence et du système canadien de justice pénale : lignes directrices à l'intention des médecins*. Ottawa: Centre national d'information sur la violence dans la famille, Unité de la prévention de la violence familiale; Santé Canada.

Flaherty, E. G., Sege, R., Price, L. L., Christoffel, K. K., Norton, D. P., et O'Connor, K. G. (2006). Pediatrician Characteristics Associated with Child Abuse Identification and Reporting: Results From a National Survey of Pediatricians. *Child Maltreatment*, 11, 361-369.

Fulfer, J. L., Tyler, J. J., Choi, N. J., Young, J. A., Verhulst, S. J., Kovach, R. et al., (2007). Using indirect questions to detect intimate partner violence: the SAFE-T questionnaire. *J Interpers. Violence*, 22, 238-249.

Furniss, K., McCaffrey, M., Parnell, V., et Rovi, S. (2007). Nurses and Barriers to Screening for Intimate Partner Violence. *MCN*, 32, 238-243.

Garnier, M., Delamare.V., Delamare, J., et Delamare. T. (2000). *Dictionnaire des termes de médecine*, 26e édition. Paris.

Gelles, R. (1998). Lethality and risk assessment for family violence cases. In *The 4th International Conference on Children Exposed to Family Violence*.

Gerbert, B., Moe, J., Casper, N., Salber, P., Feldman, M., Herzig, K. et al., (2002). *Physicians' response to victims of domestic violence: Toward a model care*. The Haworth Press Inc.

Gewirtz, A. et Edleson, J. (2004). Series Paper #6: Young children's exposure to adult domestic violence: toward a developmental risk and resilience framework for research and intervention. In S. Schechter, et J. Knitzer (Eds), *Early childhood, domestic violence, and poverty. Paper Series*. School of Social Work, University of Iowa.

Goodman.L. A., Dutton, M. A., et Bennet, L. (2000). Predicting Repeat Abuse among Arrested Batterers. Use of a Danger Assessment Scale in the Criminal Justice System. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 63-74.

Gouvernement du Québec (1995). *Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale. Politique d'intervention en matière de violence conjugale*. Québec, Canada: Gouvernement du Québec.

Gouvernement du Québec (2004). *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*. Gouvernement du Québec, Ministère de la justice, Direction des communications, Ministère des relations avec les citoyens et de l'immigration.

Grafton, D., Wright, B. L., Gutmanis, I., et Ralyea, S. (2006). Successful Implementation of Universal Women Abuse Inquiry. *Public Health Nursing*, 23, 535-540.

Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C. N., et Macmillan, H. L. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. BMC PUBLIC HEALTH, BioMed Central [En ligne].

Hamberger, K. et Phelan, M. B. (2006). *Changing The Way The Health Care System Responds To Intimate Partner Violence. Domestic Violence Screening in Medical and Mental Health Care Settings: Overcoming Barriers to Screening, Identifying and Helping Partner Violence victims*. The Haworth Press Inc.

Hanson, K. R., Helmus, L., et Bourgeon, G. (2007). *The validity of Risk Assessment for Intimate Partner Violence: A Meta-Analysis* Public Safety Canada.

Harwell, T. S., Casten, R. J., Armstrong, K. A., Dempsey, S., Coons, H. L., et Davis, M. (1998). Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers. Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group. *Am.J Prev.Med*, 15, 235-242.

Heckert, D. A. et Gondolf, E. W. (2004). Battered women's perceptions of risk versus risk factors and instruments in predicting repeat reassault. *J Interpers.Violence*, 19, 778-800.

Hilton, N. Z., Harris, G. T., Rice, M. E., Lang, C., Cormier, C. A., et Lines, K. J. (2004). A brief actuarial assessment for the prediction of wife assault recidivism: the Ontario domestic assault risk assessment. *Psychological Assessment.*, 16, 267-275.

Hudson Scholle, S., Buranosky, R., Hanusa, B. H., Ranieri, L. A., Dowd, K., et Valappil, B. (2003). Routine Screening for Intimate Partner Violence in an Obstetrics and Gynaecology Clinic. *American Journal of Public health*, 93, -1070.

Jaeger, J. R. (2004). *RADAR for Men (Teaching protocol)*. Philadelphia, PA: Institute for Safe Families.

Jaffee, K. D., Epling, J. W., Grant, W., Ghandour, R. M., et Callendar, E. (2005). Physicians Identified Barriers to Intimate Partner Violence Screening. *Journal of Women Health*, 14, 713-720.

Jamieson, Beals, Lalonde, et. Associates. Inc. (1999). *Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse*. Ottawa: Le Centre national d'information sur la violence dans la famille. Unité de la prévention de la violence familiale; Santé Canada.

Klein, K. J. et Sorra, J. S. (1996). The challenge of innovation implementation. *Academy of Management Review*, 21, 1055-1080.

Kropp, H. W. et. E. (1995). *Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA)* British Columbia Institute on Family Violence.

Kropp, P. R., Hart, S. D., et Belfrage, H. (2004). *Brief spousal assault form for the evaluation of risk (BSAFER): user manual* Vancouver: ProActive ReSolutions.

Larouche, G. (1985). *Guide d'intervention auprès des femmes violentées*. Montréal: Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec.

Larousse (2000). *Petit Larousse illustré 2000*. Paris: Larousse.

Lemieux Breton, M.-È., Paradis, F., Pilote, R., et Maurice, P. (2007). *Consolidation des pratiques préventives en violence conjugale dans les CLSC du Québec. Étude exploratoire*. Institut national de santé publique, Gouvernement du Québec.

Lessard, G. et Paradis, F. (2003). *Recension des écrits sur la les stratégies d'intervention à privilégier auprès des enfants exposés à la violence conjugale*.

MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, L. A., Worster, A. et al., (2006). Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings; A Randomised Trial. *JAMA*, 286, 530-536.

Malarewicz, J. A. (1990). *Cours d'hypnose clinique : Etudes éricksoniennes*. Paris: ESF Edition.

McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., et Bullock, L. (1992). Assessing for Abuse during Pregnancy: Severity and Frequency of Injuries and Associated Entry into Prenatal Care. *JAMA*, 267, 3176-3178.

McLeer, S. V., Anwar, R. A., Herman, S., et Maquiling, K. (1989). Education is not enough: a systems failure in protecting battered women. *Ann.Emerg.Med*, 18, 651-653.

McNutt, L. A., Waltermaurer, E., McCauley, J., Campbell, J., et Ford, D. (2005). Rationale for and Development of the Computerized Intimate Partner Violence Screen for Primary Care. *Family Violence Prevention and Health Practice*, 3, 1-14.

Midmer, D., Carroll J., Bryanton J., et Stewart D. (2002). From Research to Application: The Development of an Antenatal Psychosocial Health Assessment Tool. *CJPH*, 93, 291-296.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux des services de santé et des services sociaux*. Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.

Minski-Kelly, D., Hamberger, L. K., Pape, D. A., et Wolff, M. (2005). We've Had Training, Now What? Quantitative Analysis of Barriers to Domestic Violence Screening and Referral in a Health Care Setting. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 1288-1309.

Morin, R. (2003). *Violence conjugale : la recherche de cas plutôt que le dépistage systématique. Présentation dans le cadre du colloque La violence conjugale : perspectives actuelles pour le réseau de la santé et des services sociaux*. Québec: Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales; Institut national de santé publique du Québec.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1987). *La violence conjugale : intervention infirmière auprès des femmes : écouter le langage des maux*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Paradis, F., Bouchard, L. M., Levaque Charron, R., et Maurice, P. (1999). *Programme d'Intervention en matière de violence conjugale dans les unités de médecine familiale et devis d'évaluation*. Québec Canada.

Paranjape A. et Liebschutz J. (2003). StaT: A Three-Question Screen for Intimate Partner Violence. *Journal of Women's Health, 12*, 233-239.

Paranjape A., Rask K., et Liebschutz. (2006). Utility of StaT for the Identification of Recent Intimate Partner Violence. *J. Journal of the National Medical Association, 98*, 1663-1669.

Phelan, M. B. (2007). Screening for Intimate Partner Violence in Medical Settings. *Trauma, Violence et Abuse, 8*, 199-213.

Plichta, S. B. (2007). Interactions between Victims of Intimate Partner Violence against Women and the Health Care System: Policy and Practice Implications. *Trauma, Violence and Abuse, 8*, 226-239.

Pollitz Worden, A. (2000). Criminal Justice Responses to Violence against Women. *American Journal of Preventive Medicine, 19*, 292-297.

Pransky, J. (1991). *Prevention: The Critical Need*. Springfield, MO.

Provost, M., Cardinal, L., Moreault, L., et Pineau, R. (2007). *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Punukollu, M. (2003). Domestic violence: Screening made practical. *The Journal of Family Practice, 52*.

Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y. H., Davidson, L. L., et Feder, G. (2002). Should Health Professionals Screen Women for Domestic Violence? Systematic Review. *BMJ, 325*, 1-13.

Rinfret-Raynor, M. et Turgeon, M. (1995). Dépistage systématique de la violence conjugale. Réflexion théorique et développement d'un protocole. *Service social, 44*, 57-90.

Rinfret-Raynor, M., Turgeon, J., et Joyal, L. (1998). *Le dépistage systématique des femmes victimes de violence conjugale. Protocole de dépistage et guide d'intervention*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Gouvernement du Québec.

Rynfret-Raynor, M. (2001). *Points de vue des femmes et des hommes sur les services utilisés en matière de violence conjugale*. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.

Rinfret-Raynor, M., Dubé, M., et Drouin, C. (2006). Le dépistage de la violence conjugale dans les centres hospitaliers : implantation et évaluation d'un ensemble d'outils. *Nouvelles pratiques sociales*, 19, 72-90.

Rivers, J. E., Maze, C. L., Hannah, S. A., et Lederman, C. S. (2007). *Domestic Violence Screening and Service Acceptance among Adult Victims in a Dependency Court Setting*. Child Welfare League of America.

Rodriguez, M. A., Bauer, H. M., McLoughlin, E., et Grumbach, K. (1999). Screening and Intervention for Intimate Partner Abuse. *JAMA*, 281, 468-474.

Roehl, J., O'Sullivan, C., Webster, D., et Campbell, J. (2005). *Intimate Partner Violence Risk Assessment Validation Study, Final Report*. U.S. Department of Justice.

Sherin K. M., Sinacore J. M., Li XQ, Zitter R. E., et Shakil A. (1998). HITS: A Short Domestic Violence Screening Tool for use in a Family Practice Setting. *Family Medicine*, 30, 508-512.

Shlonski, A. et Friend, C. (2007). Double Jeopardy: Risk Assessment in the Context of Child Maltreatment and Domestic Violence. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7, 253-274.

Smith P. H., Tessaro I, et Earp J. A. (1995). Women's Experiences with Battering: A Conceptualization from Qualitative Research. *Women's Health Issues*, 5, 173-182.

Sohal, H., Eldridge, S., et Feder, G. (2007). The sensitivity and specificity of four questions (HARK) to identify intimate partner violence: a diagnostic accuracy study in general practice. *BMC.Fam.Pract.*, 8, 49.

Stayton, C. D. et Duncan, M. M. (2005). Mutable Influences on Intimate Partner Abuse Screening in Health Care Settings: A Synthesis of Literature. *Trauma, Violence and Abuse*, 6, 271-285.

Sudermann, M. et Jaffe, P. (1999). *Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : Guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux*. Unité de la prévention de la violence familiale, Santé Canada.

Swahnberg K. et Wijma K. (2007). Validation of the Abuse Screening Inventory (ASI). *Scandinavian Journal of Public Health*, 35, 330-334.

Thackeray, J., Stelzner, S., Downs, S. M., et Miller, C. (2007). Screening for Intimate Partner Violence; The Impact of Screener and Screening Environment and Victim Comfort. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 659-670.

Thompson, R. S., Rivara, F. P., Thompson, D. C., Barlow, W. E., Sugg, N. K., Maiuro, R. D. et al., (2000). Identification and Management of Domestic Violence: A Randomized Trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 253-263.

Thurson, W. E. et Eisener, A. (2006). Successful Integration and Maintenance of Screening for Domestic Violence in Health Sector; Moving Beyond Individual Responsibility. *Trauma, Violence and Abuse*, 7, 83-92.

Tower, L. E. (2003). Special Section: Domestic Violence and Social Work Education Domestic Violence Screening: Education and Institutional Support Correlates. *Journal of Social Work Education*, 39, 479-494.

Tower, L. E. (2006). Barriers in Screening Domestic Violence: a Survey of Social Workers, Family practitioners and Obstetricians-Gynaecologists. *Journal of Family Violence*, 21, 245-257.

U.S Preventive Task Force (2004). Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement. *Annals of Family Medicine*, 2, 156-160.

Wathen, N. C. et MacMillan, H. L. (2003). *Prévention de la violence envers les femmes. Recommandations du Groupe d'études canadien sur les soins de santé préventifs.*

Webster, J. et Holt, V. (2004). Screening for partner violence: direct questioning or self-report? *Obstetrics et Gynecology.*, 103, 299-303.

Weiss, S. J., Ernst, A. A., Cham, E., et Nick, T. G. (2003). Development of a screen for ongoing intimate partner violence. *Violence Vict.*, 18, 131-141.

Weisz, A. N., Tolman, R. M., et Saunders, D. G. (2000). Assessing the risk of severe domestic violence: The importance of survivors' predictions. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 75-90.

Williams, K. R. et Houghton, A. B. (2004). Assessing the risk of domestic violence reoffending: a validation study. *Law Hum. Behav.*, 28, 437-455.

Zink, T. M. et Jacobson, J. (2003). Screening for Intimate Partner Violence When Children Are Present; The Victim's Perspective. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 872-890.

