



Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale

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

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 – 2^e TRIMESTRE 2010
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-58549-7 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-58550-3 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2010)

PRÉSENTATION DU DOCUMENT

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 : étude exploratoire*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.

Dans le présent document sont présentés une série d'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). Cette liste constitue une mise à jour du volet 1 de l'étude *Consolidation des pratiques en violence conjugale dans les CLSC du Québec : étude exploratoire*. La liste de 2006 a été reprise ici et mise à jour à l'aide d'une recherche documentaire (pour les outils) et d'une consultation auprès des responsables du dossier violence conjugale de chacune des agences de la santé et des services sociaux au Québec (pour les programmes de formation). Une brève présentation des outils du domaine de l'évaluation de la dangerosité a été ajoutée afin de compléter le portrait des outils utilisés pour faire de l'identification précoce de la violence conjugale.

Le présent répertoire a été produit en complément du rapport *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*. Le rapport aborde quatre éléments : 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. Il est disponible sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec.

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.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	V
1 OUTILS D'IDENTIFICATION PRÉCOCE.....	1
2 OUTILS D'ÉVALUATION DU RISQUE ET DE LA DANGÉROSITÉ	13
2.1 Outils validés	15
2.2 Autres outils non validés.....	17
3 OUTILS DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES EN IDENTIFICATION PRÉCOCE UTILISÉES AU QUÉBEC	21
RÉFÉRENCES.....	27
ANNEXE 1 FICHES DESCRIPTIVES DES OUTILS DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES (FORMATIONS) À L'IDENTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE	37

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Outils d'identification précoce de la violence conjugale décrits	2
Tableau 2	Description des outils d'identification précoce des cas de violence conjugale.....	7
Tableau 3	Description des outils d'évaluation de la dangerosité	18
Tableau 4	Formations en identification précoce de la violence conjugale identifiées en 2007-2008 au Québec	22

1 OUTILS D'IDENTIFICATION PRÉCOCE

Au total, quinze outils d'identification précoce (tableau 1) ont été décrits et présentés dans un tableau synthèse (tableau 2). Onze des quinze outils sont validés. Les quatre outils non validés sont l'*Antenatal Psychosocial Health Assessment* (ALPHA), le *Computerized Intimate Partner Violence Screen* (CIPVS), le *RADAR for Men* et le Protocole de dépistage systématique de la violence conjugale. Ces quatre outils sont présentés ici même s'ils ne sont pas validés parce qu'ils présentent un intérêt particulier parce que l'outil a été développé au Québec ou au Canada, parce qu'il vise les hommes ou qu'il présente un mode d'administration novateur.

Le ALPHA est un outil ontarien largement utilisé qui s'intéresse à la santé psychosociale des femmes et qui considère la violence conjugale comme un facteur de risque. Le CIPVS est un outil récent (2005) qui utilise l'ordinateur pour colliger les informations auprès des victimes (auto-administré) et qui, par son mode d'administration, semble prometteur. Le *RADAR for Men* est un outil américain, développé récemment, destiné exclusivement aux hommes, qu'ils soient victimes de violence conjugale ou agresseurs. Finalement, le Protocole de dépistage systématique de la violence conjugale développé au Québec par l'équipe du CLSC St-Hubert, en collaboration avec le CRI-VIFF, a fait l'objet d'un vaste exercice d'implantation dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

La recherche documentaire n'a pas permis de répertorier des outils d'identification précoce développés spécifiquement à l'intention des enfants exposés à la violence conjugale, malgré l'intérêt grandissant pour cette problématique. L'identification des enfants exposés se fait, le plus souvent, par le biais de l'identification de la mère. Ainsi, certains outils se préoccupent maintenant de vérifier la présence d'enfants à la maison. C'est le cas notamment du *Abuse Screening Inventory* (ASI). Par ailleurs, pour pallier le manque d'outils, certains auteurs ont préparé des listes de questions qui permettent aux intervenants d'aborder avec les enfants plus âgés la problématique de l'exposition à la violence conjugale. Dans son *Guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux*, le Centre national d'information sur la violence dans la famille (Sudermann et Jaffe, 1999) a identifié huit questions qui peuvent être posées directement aux enfants lorsque des problèmes d'apprentissage, d'inattention, d'agression et d'indiscipline ont été observés chez eux, ou lorsqu'ils ont des difficultés à dormir, sont déprimés, se replient sur eux-mêmes ou sont anxieux. Ces questions peuvent être utiles à l'intervenant qui tente de déceler une exposition à la violence conjugale. Elles permettent aussi de vérifier si l'enfant est en danger imminent et ouvrent la porte à l'élaboration d'un scénario de protection si la situation de violence conjugale se poursuit.

Tableau 1 Outils d'identification précoce de la violence conjugale décrits

NOM	PAYS	VALIDATION
<i>Abuse Assessment Scale (AAS)</i>	États-Unis	+
<i>Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA)</i>	Ontario, Canada	-
<i>Abuse Screening Inventory (ASI)</i>	Suède	+
<i>Computerized Intimate Partner Violence Screen (CIPVS)</i>	États-Unis	-
<i>HARK</i>	Grande-Bretagne	+
<i>Hurt, Insult, Threaten, Scream (HITS)</i>	États-Unis	+
<i>Ongoing Abuse Screen (OAS)</i>	États-Unis	+
<i>Ongoing Violence Assessment Tool (OVAT)</i>	États-Unis	+
<i>Partner Violence Screen (PVS)</i>	États-Unis	+
<i>Radar for Men : A Domestic Violence Intervention</i>	États-Unis	-
<i>SAFE-T</i>	États-Unis	+
<i>Slapped, Things and Threaten (StaT)</i>	États-Unis	+
Protocole de dépistage systématique des femmes victimes de violence conjugale	Québec, Canada	-
<i>The Woman Abuse Screening Tool (WAST)</i>	Ontario, Canada	+
<i>Women's Experience with Battering Scale (WEB)</i>	États-Unis	+

Abuse Assessment Screen (AAS)

Le *Abuse Assessment Screen* a été développé par quatre chercheurs américains, J. McFarlane, B. Parker, K. Soeken et L. Bullock, en 1992. Il a été conçu pour être utilisé en milieu hospitalier, plus spécifiquement dans les salles d'urgence et les cliniques prénatales. Il s'adresse aux femmes qui consultent pour des problèmes de santé ou bien qui sont enceintes. Le AAS permet de révéler l'existence de la violence physique et sexuelle au cours de la dernière année et depuis le début de la grossesse, la fréquence et la gravité de la violence subie, l'emplacement des blessures sur le corps et l'identité de l'auteur. Il comprend cinq questions répondues par *oui* ou *non*. Il peut être administré par le professionnel de la santé ou être auto-administré. Il présente une excellente sensibilité (93 %) et une spécificité dans la moyenne (55 %). Le questionnaire a été développé en anglais puis traduit en espagnol.

Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA)

Le *Antenatal Psychosocial Health Assessment* est un outil canadien, développé en Ontario par D. Midmer, J. Carroll, J. Bryanton et D. Stewart, en 1996. Il a été conçu pour répondre aux besoins des professionnels de la santé œuvrant auprès des femmes enceintes. La version originale comprend 35 questions sur la santé psychologique des femmes. Quinze facteurs de risque, dont celui de la violence conjugale, sont évalués. Les questions portant sur la violence conjugale peuvent révéler l'existence de violence physique et psychologique. Il existe une version auto-administrée de l'ALPHA qui comprend 43 questions dont six portent sur la violence conjugale. L'outil cherche à détecter la violence vécue pendant la

grossesse. Il n'y a pas d'information disponible concernant sa validité. Développé en anglais, il a été traduit en français et en espagnol.

Abuse Screening Inventory (ASI)

Le *Abuse Screening Inventory* a été développé par deux Suédoises, K. Swahberg et W. Klaas, en 2005. Il cherche à révéler l'existence de la violence physique, psychologique, verbale et sexuelle subie au cours de la dernière année par les femmes qui consultent en milieu hospitalier. L'outil permet de vérifier la présence d'enfants dans l'entourage de la victime, en plus de déterminer la fréquence de la violence, le sentiment de peur et le degré de souffrance éprouvés par la femme. Cet outil comprend seize questions répondues par *oui* ou *non* et deux échelles en onze points. Il est administré par un professionnel de la santé. Il présente une bonne sensibilité (entre 72 % et 82 %) et une excellente spécificité (100 %). Il a été développé en anglais. Il n'y a pas d'information concernant sa traduction.

Computerized Intimate Partner Violence Screen (CIPVS)

Le *Computerized Intimate Partner Violence Screen* a été développé par L.-A. McNutt, E. Waltermaurer, J. McCauley, J. Campbell et D. E. Ford, aux États-Unis, en 2005. Il s'adresse aux femmes âgées de 18 à 45 ans, qui consultent en milieu hospitalier. Il a été conçu pour détecter l'ampleur et la fréquence de la violence physique et psychologique subie au cours des trois derniers mois. Il comprend dix questions avec des choix de réponses. Il s'agit d'un questionnaire informatisé auto-administré. Toute réponse positive est examinée plus en profondeur à l'aide de sous-questions portant sur la sévérité et les formes de violence subie. Il permet aussi de vérifier si la violence a été exercée par le conjoint actuel ou un ex-conjoint. Il n'y a pas d'information disponible sur la validation de l'outil. Développé en anglais, il ne semble pas avoir été traduit.

HARK

Le *HARK* a été développé en Angleterre par H. Sohal, S. Eldridge et G. Feder. Le seul article répertorié sur cet outil a été publié en 2007. Il répond aux besoins des professionnels de la santé et s'adresse aux femmes qui consultent en milieu hospitalier. Il a été conçu pour révéler l'existence de la violence physique, psychologique et sexuelle au cours de la dernière année. Il comprend quatre questions répondues par *oui* ou *non*, en plus de vérifier si la violence conjugale a été exercée par le conjoint actuel ou par un ex-conjoint. Il peut être administré par un professionnel de la santé ou être auto-administré. Cet outil présente une bonne sensibilité (81 %) et une excellente spécificité (95 %). Il a été développé en anglais et il n'y a pas de traduction connue à ce jour.

Hurt, Insult, Threaten, Scream (HITS)

Le *HITS* a été développé aux États-Unis par K. M. Sherin, J. M. Sinacore, X.Q. Li et A. Shakil, en 1998. Il peut être utilisé dans tous les milieux de pratique, particulièrement dans les cliniques médicales, tant auprès des femmes que des hommes. Il a été conçu pour révéler l'existence de violence physique, verbale et psychologique au cours de la dernière année. Il comprend quatre questions répondues à l'aide d'une échelle en cinq points. L'obtention d'un score de dix et plus est considérée comme un résultat positif pour les

femmes alors qu'il faut un score de onze pour les hommes. Le questionnaire peut être appliqué par un professionnel ou être auto-administré.

Les trois versions du HITS présentent une excellente sensibilité (femmes : 86 % à 96 %, hommes : 88 %, version espagnole : 100 %) et une excellente spécificité (femmes : de 91 % à 99 %, hommes : 97 %, version espagnole : 86 %). Le questionnaire a été développé en anglais, ensuite traduit et validé en espagnol.

Ongoing Abuse Screen (OAS)

Le *Ongoing Abuse Screen* est un outil américain développé par A. A. Ernst *et al.*, en 2002. Il s'adresse tant aux femmes qu'aux hommes qui consultent en milieu hospitalier, plus spécifiquement dans les salles d'urgence et en suivi périnatal. Il a été conçu pour détecter des gestes de violence physique, psychologique et sexuelle lors d'une consultation clinique. Il comprend cinq questions répondues par *oui* ou *non*. Une réponse positive est considérée comme une indication de violence conjugale. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré. Une question porte sur le sentiment de peur ressentie par la victime. Il présente une sensibilité faible à moyenne (30 % à 60 %), mais une excellente spécificité (90 % à 100 %). Le questionnaire a été développé en anglais et il n'y a pas de traduction connue.

Ongoing Violence Assessment Tool (OVAT)

Le *Ongoing Violence Assessment Tool* a été développé en 2004 par la même équipe qui a développé le OAS, équipe dirigée par l'américain S. J. Weiss. Cet outil a été conçu spécifiquement pour vérifier l'existence d'une forme sévère de violence physique et psychologique subie par les femmes, au moment de la consultation avec un professionnel de la santé. L'outil comprend quatre questions répondues par *oui* ou *non* et prend la forme d'un questionnaire auto-administré. Il présente une excellente sensibilité (86 % à 93 %) et une excellente spécificité (90 % à 100 %). Développé en anglais, il n'y a pas de traduction connue de ce questionnaire.

Partner Violence Screen (PVS)

Le *Partner Violence Screen* a été développé par K. M. Feldhaus, J. Koziol-McLain, H. L. Amsbury *et al.*, en 1997 aux États-Unis. Conçu pour le milieu hospitalier, il s'adresse aux femmes qui consultent à l'urgence. Il cherche à révéler l'existence de violence physique au cours de la dernière année et s'intéresse à la perception de la femme quant à sa sécurité. L'outil comprend trois questions répondues par *oui* ou *non*. Une réponse positive est considérée comme une indication de violence conjugale. Si la femme a répondu *oui* à la première question, on lui demande qui est l'auteur des actes de violence. Le questionnaire est généralement auto-administré, mais peut être administré par un professionnel de la santé. Il présente une sensibilité se situant dans la moyenne (64,5 %) et une bonne spécificité (80,3 %). Développé en anglais, il n'y a pas de traduction connue.

Radar for Men : A Domestic Violence Intervention

Le *Radar for Men* est un outil américain développé par J. R. Jaeger et The Family Violence Clinical Network, en 2004. Il a été conçu spécifiquement pour les hommes, qu'ils soient victimes ou agresseurs. Il peut être utilisé dans les différents milieux de soins de santé. Il

cherche à déceler l'existence de violence physique, psychologique, sexuelle et financière subie ou exercée par les hommes au moment de la consultation. Il permet de vérifier la sévérité de la violence conjugale et de questionner sur la sécurité des victimes. L'outil comprend onze questions répondues dans le cadre d'une entrevue en profondeur effectuée par le professionnel de la santé. L'une des questions porte sur le sentiment de peur, une autre sur la violence psychologique en contexte d'immigration. Une réponse positive est considérée comme une indication de violence conjugale. Il n'y a pas d'information connue sur la validation de cet outil. Le questionnaire a été développé en anglais.

SAFE-T

Le SAFE-T est un outil développé récemment par J. L. Fulfer, J. J. Taylor, N. J. S. Choi, J. A. Young, S. J. Verhulst et J. K. Dorsey, aux États-Unis. Le seul article répertorié sur cet outil a été publié en 2007. Il a été conçu pour être utilisé en milieu hospitalier auprès des femmes qui consultent à l'urgence. Il comprend cinq questions indirectes portant sur la relation actuelle entre conjoints : le sentiment de sécurité au domicile, l'appréciation du conjoint par la famille, le tempérament du conjoint, l'acceptation de la femme par son conjoint, la résolution des conflits. Les questions sont répondues par *oui* ou *non*. Le questionnaire est appliqué par le professionnel de la santé. Il présente une sensibilité dans la moyenne (54 %) et une bonne spécificité (81 %).

Slapped, Things, and Threaten (STAT)

Le *Slapped, Things, and Threaten* est un outil américain développé par A. Paranjape, et J. Liebschutz, en 2003. Il a été conçu pour détecter l'existence de violence physique et psychologique auprès des femmes qui se présentent dans les centres de santé. Il comprend trois questions répondues par *oui* ou *non*. Une réponse positive est considérée comme une indication de violence conjugale. Une entrevue plus approfondie suit alors afin de vérifier à quel moment cela s'est produit, discuter de la sécurité de la victime et des formes de violence subie. Il s'agit d'un outil administré par le professionnel de la santé. Il présente une excellente sensibilité (94,9 %), mais une spécificité peu intéressante (36,6 %). Le questionnaire a été développé en anglais. Il n'y a pas de traduction connue.

Protocole de dépistage systématique de la violence conjugale du CLSC St-Hubert

L'outil d'identification a été développé en 1998 par M. Rinfret-Raynor, J. Turgeon et L. Joyal en étroite collaboration avec les intervenants du CLSC St-Hubert, dans le cadre de l'élaboration du protocole d'intervention en matière de violence conjugale. Cet outil a été conçu pour répondre aux besoins des intervenants œuvrant auprès des femmes dans le domaine de la santé et des services sociaux québécois. Il permet de révéler l'existence de violence physique, psychologique et sexuelle. Il s'agit d'un protocole d'identification de la violence conjugale qui se réalise en trois étapes, par tout professionnel en contact avec une clientèle féminine. La première étape est une étape d'observation où le professionnel complète une liste de signes se rapportant généralement aux situations de violence conjugale. Par la suite, quand il y a suspicion de la part du professionnel de la santé, celui-ci procède à la deuxième étape du processus, soit une entrevue effectuée à l'aide de trois questions indirectes. Finalement, un questionnaire de 26 questions répondues par *oui* ou *non* permet de documenter la violence physique, psychologique et sexuelle subies par la victime. L'outil a été conçu pour être appliqué de façon systématique à toutes les femmes se

présentant pour une consultation. Seule l'évaluation de l'implantation du protocole de dépistage a été effectuée au cours des premières années qui ont suivi sa mise en place dans les centres locaux de santé communautaire (CLSC).

The Woman Abuse Screening Tool (WAST)

Le *Woman Abuse Screening Tool* est un outil canadien développé par J. B. Brown, B. Lent, P. J. Brett *et al.*, en 1996. Il a été intégré au formulaire ALPHA, un outil prénatal psychosocial canadien. Développé en anglais, il a été traduit et validé en français et en espagnol. Il peut être utilisé en différents contextes de pratique, en milieu urbain comme en milieu rural. Le questionnaire est administré par un professionnel de la santé et des services sociaux ou auto-administrés. Il a été conçu pour déceler l'existence de violence physique, psychologique et sexuelle chez les femmes. Il vérifie aussi l'étendue et la gravité de la violence subie. La version originale anglaise du WAST comprend huit questions, dont une porte sur la violence sexuelle. La version française comprend sept questions répondues à l'aide d'une échelle en trois points. La question portant sur la violence sexuelle a été retirée de cette version. La version abrégée de l'outil, le WAST-Short, est composée uniquement de deux questions qui évaluent la présence de violence conjugale. Cinq autres questions sont posées uniquement si la femme a répondu *oui* aux deux premières questions. Les versions anglaise et française présentent une bonne cohérence interne (entre 0,75 et 0,90 pour la version anglaise et 0,95 pour la version française). Le WAST-Short a une excellente sensibilité (91,7 %) et une excellente spécificité (100 %) dans sa version en anglais, alors que la version française présente une bonne sensibilité (78,7 %) et une excellente spécificité (100 %).

Women's Experience with Battering Scale (WEB)

Il a été développé aux États-Unis par P. H. Smith, I. Tessaro et J. A. Earp, en 1995. Il a pour but de révéler l'existence de violence psychologique chez les femmes qui consultent dans les cliniques médicales. Il comprend dix questions répondues à l'aide d'une échelle de six points. Un score de vingt et plus indique une identification positive de violence conjugale. Si la femme n'a pas de conjoint au moment de la rencontre, elle doit répondre en fonction de sa dernière relation conjugale. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré qui présente une excellente sensibilité (89 %) et une excellente spécificité (94 %).

Le tableau 2 présente une synthèse des caractéristiques de ces outils d'identification précoce.

Tableau 2 Description des outils d'identification précoce des cas de violence conjugale

OUTIL	AUTEURS	LANGUE	CONTEXTE DE PRATIQUE ET POPULATION VISÉE	FORMES DE VIOLENCE	AUTRES CARACTÉRISTIQUES	NOMBRE DE QUESTIONS	MÉTHODE D'ADMINISTRATION	PROPRIÉTÉS PSYCHOMETRIQUES
AAS	McFarlane, Parker, Soeken, Bullock (1992)	Anglais Espagnol	Cliniques prénatales Urgence hôpital Femmes enceintes et autres femmes	Physique Sexuelle	Permet de déterminer la fréquence, la gravité, l'auteur et l'emplacement des blessures sur le corps.	5	Administré par le professionnel de la santé. Questionnaire auto-administré.	Sensibilité : 93 % Spécificité : 55 % Mesure critère : <i>Index of Spouse Abuse</i> (ISA) Test-retest : 83 %
ALPHA	Midmer, Carroll, Bryanton, Stewart (1996) Canada	Anglais Français Espagnol	Cliniques prénatales Milieu hospitalier Femmes enceintes	Physique Psychologique Sexuelle	Documente la santé psychosociale des femmes (15 facteurs de risque).	43 dont 6 portent sur la violence conjugale	Administré par le professionnel de la santé. Questionnaire auto-administré.	Pas de validation connue de l'ALPHA Études à venir
ASI	Swahberg, Klaas (2005) Suède	Anglais	Milieu hospitalier Femmes	Physique Psychologique Sexuelle Verbale	Une question porte sur les enfants. Permet de déterminer la fréquence de la violence. Le sentiment de peur et le degré de souffrance sont mesurés.	16	Administré par le professionnel de la santé.	Test-retest : 81 % à 96 % Sensibilité : entre 75 % et 82 % (items pris séparément) Spécificité : 100 %
CIPVS	McNutt, Waltermare, McCauley, Campbell, Ford (2005) États-Unis	Anglais	Milieu hospitalier Femmes âgées de 18 à 45 ans	Physique Psychologique	Comporte des questions sur : La violence actuelle (conjoint actuel ou ex-partenaire). L'ampleur et la fréquence. Le sentiment de peur.	10	Questionnaire informatisé auto-administré.	Pas de validation connue du CIPVS.

Tableau 2 Description des outils d'identification précoce des cas de violence conjugale (suite)

OUTIL	AUTEURS	LANGUE	CONTEXTE DE PRATIQUE ET POPULATION VISÉE	FORMES DE VIOLENCE	AUTRES CARACTÉRISTIQUES	NOMBRE DE QUESTIONS	MÉTHODE D'ADMINISTRATION	PROPRIÉTÉS PSYCHOMETRIQUES
					L'évaluation du danger (présence d'une arme). Toute réponse positive est examinée à l'aide de questions portant sur la sévérité et les formes de violence subie.			
HARK	Sohal, Eldridge, Feder (article paru en 2007) Angleterre	Anglais	Milieu hospitalier Femmes	Psychologique Sexuelle Physique	Outil développé à partir du <i>Abuse Assessment Scale</i> (AAS).	4	Administré par le professionnel de la santé. Questionnaire auto-administré.	Sensibilité : 81 % Spécificité : 95 % Mesure critère : <i>Composite Abuse Scale</i> (CAS)
HITS	Sherin, Sinacore, Li, Zitter, Shakil (1998) États-Unis	Anglais Traduit en plusieurs langues, mais pas en français	Tous les milieux de pratique Femmes et hommes	Physique Verbale Psychologique	Comporte une question sur le danger (présence d'une arme). Permet de déterminer la fréquence de la violence.	4	Administré par le professionnel de la santé. Questionnaire auto-administré.	Version anglaise Sensibilité : 86 % à 96 % Spécificité : 91 % à 99 % Mesure critère : <i>Conflicts Tactics Scale et Index of Spouse Abuse</i> Version espagnole Sensibilité : 100 % Spécificité : 86 % Mesure critère : WAST Pour les hommes Sensibilité : 88 % Spécificité : 97 % Mesure critère : <i>Conflict Tactics Scale</i>

Tableau 2 Description des outils d'identification précoce des cas de violence conjugale (suite)

OUTIL	AUTEURS	LANGUE	CONTEXTE DE PRATIQUE ET POPULATION VISÉE	FORMES DE VIOLENCE	AUTRES CARACTÉRISTIQUES	NOMBRE DE QUESTIONS	MÉTHODE D'ADMINISTRATION	PROPRIÉTÉS PSYCHOMETRIQUES
OAS	Weiss <i>et al.</i> , (2003) États-Unis	Anglais	Milieu hospitalier Urgence Femmes Femmes enceintes Hommes	Physique Émotionnelle Sexuelle	Une question porte sur le sentiment de peur.	5	Questionnaire auto-administré.	Sensibilité : 30 % à 60 % Spécificité : 90 % à 100 % Mesure critère : <i>Index of Spouse Abuse</i> (ISA)
OVAT	Weiss <i>et al.</i> , (2004) États-Unis	Anglais	Milieu hospitalier Femmes	Physique Émotionnelle	Documente la violence sévère, le niveau de dangerosité et le sentiment de peur.	4	Questionnaire auto-administré.	Sensibilité : 86 % à 93 % Spécificité : 90 % à 100 % Mesure critère : <i>Index of Spouse Abuse</i> (ISA)
PVS	Feldhaus, Koziol, McLain, Amsbury <i>et al.</i> , (1997) États-Unis	Anglais	Urgence Femmes	Physique	Deux questions portent sur la perception de la sécurité.	3	Questionnaire auto-administré. Administré en entrevue.	Sensibilité : 64,5 % Spécificité : 80,3 % Mesure critère : <i>Index of Spouse Abuse</i> (ISA) Sensibilité : 71,4 % Spécificité : 84,4 % Mesure critère : <i>Conflict Tactics Scale</i>

Tableau 2 Description des outils d'identification précoce des cas de violence conjugale (suite)

OUTIL	AUTEURS	LANGUE	CONTEXTE DE PRATIQUE ET POPULATION VISÉE	FORMES DE VIOLENCE	AUTRES CARACTÉRISTIQUES	NOMBRE DE QUESTIONS	MÉTHODE D'ADMINISTRATION	PROPRIÉTÉS PSYCHOMETRIQUES
RADAR FOR MEN	Jaeger and The Family Violence Clinical Network (2004) États-Unis	Anglais	Différents milieux de soins de santé Hommes	Physique Psychologique Sexuelle Financière	Identifie la violence conjugale subie et perpétrée, la peur ressentie, la sévérité de la violence conjugale. Documente la violence conjugale en contexte d'immigration.	Schéma d'entrevue et 11 questions	Entrevue en profondeur par le clinicien.	Pas d'information disponible sur la validation du <i>RADAR for men</i>
SAFE-T	Fulfer, Tyler, Choi, Young, Verhulst, Kovach, Dorsey (article paru en 2007) États-Unis	Anglais	Milieu hospitalier Urgence Femmes	Psychologique (Questions indirectes portent sur la relation entre conjoints)	Une question porte sur le sentiment de sécurité à la maison.	5	Administré par le professionnel de la santé.	Sensibilité : 54 % Spécificité : 81 % Mesure critère inconnue
STAT	Paranjape, Liebschutz (2003) États-Unis	Anglais	Centre de santé publique (cliniques médicales) Femmes	Physique Abus psychologique		3	Administré par le professionnel de la santé.	Sensibilité : 94,9 % Spécificité : 36,6 % Mesure critère : <i>Index of Spouse Abuse</i> et si la femme répond oui à une des trois questions.

Tableau 2 Description des outils d'identification précoce des cas de violence conjugale (suite)

OUTIL	AUTEURS	LANGUE	CONTEXTE DE PRATIQUE ET POPULATION VISÉE	FORMES DE VIOLENCE	AUTRES CARACTÉRISTIQUES	NOMBRE DE QUESTIONS	MÉTHODE D'ADMINISTRATION	PROPRIÉTÉS PSYCHOMETRIQUES
ST-HUBERT	Rinfret-Raynor, Turgeon, Joyal (1998) Québec, Canada	Français	Milieu hospitalier CLSC Femmes	Physique Psychologique Sexuelle	Comporte trois étapes : • Observation des signes. • Recherche de cas par entrevue. • Identification des formes de violence par questionnaire. Le protocole et les 3 outils ont été conçus en étroite collaboration avec les intervenants du CLSC St-Hubert.	Liste de signes à cocher Entrevue : 3 Questionnaire 26	Démarche effectuée par l'intervenant.	Évaluation de l'implantation du protocole de dépistage.
WAST	Brown, Lent, Brett (1996) Ontario, Canada	Anglais Français Espagnol	Milieu hospitalier, mais peut être utilisé dans différents contextes de pratique, en milieu urbain comme en milieu rural Femmes	Physique et émotionnelle (7 questions) Physique et émotionnelle et sexuelle (8 questions)	Version française comporte 7 questions. WAST-Short est la version abrégée et sert au dépistage initial. Après, les autres questions sont posées à la femme. Elles évaluent l'étendue et la gravité de la violence subie. Le WAST a été intégré au formulaire ALPHA pour la section portant sur la violence conjugale.	7 ou 8 questions selon la version utilisée	Administré par le professionnel de la santé ou l'intervenant social. ou Questionnaire auto-administré.	Version anglaise WAST • Cohérence interne : entre 0,75 et 0,90 • Fiabilité : 0,95 WAST-Short Sensibilité : 91,7 % Spécificité : 100 % Version française WAST • Cohérence interne : 0,95 WAST-Short Sensibilité : 78,7 % Spécificité : 100 %

Tableau 2 Description des outils d'identification précoce des cas de violence conjugale (suite)

OUTIL	AUTEURS	LANGUE	CONTEXTE DE PRATIQUE ET POPULATION VISÉE	FORMES DE VIOLENCE	AUTRES CARACTÉRISTIQUES	NOMBRE DE QUESTIONS	MÉTHODE D'ADMINISTRATION	PROPRIÉTÉS PSYCHOMETRIQUES
WEB	Smith, Tessaro, Earp (1995) États-Unis	Anglais	Cliniques médicales Femmes	Émotionnelle		10	Questionnaire auto-administré.	Sensibilité : 89 % Spécificité : 94 % Mesure critère inconnue

2 OUTILS D'ÉVALUATION DU RISQUE ET DE LA DANGÉROSITÉ

L'évaluation du risque s'inscrit dans le cadre de la réponse initiale apportée aux victimes. Il s'agit d'une procédure essentielle qui est utilisée lors du dévoilement ou lorsque l'intervenant a un fort degré de suspicion. Ainsi, par une série de questions, l'intervenant tentera d'estimer le danger potentiel de la situation de violence et le risque d'homicide familial. Le processus d'évaluation du risque doit aussi aborder la notion de gestion du risque, soit ce que la victime ou le système devra mettre en place en cas de danger (Roehl, O'Sullivan, Webster, et Campbell, 2005).

Différentes méthodes soutiennent les professionnels dans leurs interventions visant à évaluer le risque et la dangerosité : l'approche dite actuarielle (à partir d'outils validés), l'approche clinique (à l'aide d'une liste de facteurs de risque), et l'approche basée sur le jugement professionnel structuré (combinaison des deux premières approches). À cela s'ajoute l'évaluation du risque basée sur la perception de la victime elle-même. De nombreux outils ont été développés depuis les vingt dernières années pour évaluer le risque d'homicide ou de violence future. Cependant, le manque de validité de certains instruments, la rivalité qui existe entre les approches clinique et actuarielle, ainsi que les résultats d'études récentes ayant démontré l'importance de la perception des victimes dans la détermination du risque qu'elles courent, sont autant de questionnements encore sans réponse qui n'ont pas permis d'identifier encore la meilleure méthode d'évaluation du risque (Roehl *et al.*, 2005).

Les outils d'évaluation de la dangerosité utilisés dans l'approche actuarielle s'appliquent presque exclusivement dans les cas de la violence exercée par un homme envers sa conjointe (Roehl *et al.*, 2005). Ils diffèrent principalement selon la source d'information, soit la victime, la personne ayant des comportements violents ou les deux. Ils diffèrent aussi selon l'objectif poursuivi par l'outil : prendre des décisions concernant l'agresseur, évaluer le niveau de sécurité de la victime, dont le risque d'homicide, et évaluer le risque de récidive. Ainsi, certains outils ont été développés dans l'intention précise de prédire les homicides ou les événements pouvant conduire à l'homicide de la conjointe. D'autres s'intéressent davantage à évaluer la possibilité d'une récidive des gestes violents. Quoique ces objectifs peuvent se recouper, ils ne sont pas exactement les mêmes. Les outils développés pour évaluer le risque d'homicide sont utilisés dans un contexte de prévention et l'information recueillie provient directement des victimes. Ces outils sont généralement courts et faciles à administrer. Pour leur part, les outils développés pour prédire le risque de violence future sont utilisés dans un contexte de justice criminelle et l'agresseur est ici le principal répondant. Dans ce contexte, les évaluateurs disposent de plus de temps et peuvent obtenir des informations auprès de plusieurs sources (Roehl *et al.*, 2005).

Dans l'approche clinique, les éléments considérés au départ pour évaluer la gravité de la violence conjugale et ses conséquences pour les victimes sont : le type de violence subie par la victime (femme, homme ou enfant); la fréquence des gestes; leurs conséquences; la présence d'enfants lors des scènes de violence; la façon dont la victime tente de faire face à la situation et, finalement, ce qu'elle prévoit faire pour se protéger. Lors de l'évaluation, il faut considérer que tous ces facteurs peuvent évoluer et changer dans le temps en fonction du

cycle de la violence conjugale (Dutton et Kropp, 2000). D'autres éléments sont aussi à considérer comme la présence d'armes au domicile, les menaces de mort, le risque suicidaire, l'isolement social, le degré d'autonomie et les ressources potentielles, soit la situation financière, l'emprise du conjoint et la présence de personnes-ressources dans l'entourage de la victime. Le contexte familial et social est aussi souvent examiné : les situations de précarité sont plus à risque, de même que la grossesse chez les femmes et les situations de séparation. La consommation abusive d'alcool ou de drogues doit être vérifiée, tant chez l'auteur des violences que chez la victime. Une fois les facteurs de risque et de protection établis, un plan de gestion du risque doit accompagner l'évaluation. De plus, il est extrêmement important de poser des questions à la victime sur son inquiétude quant à sa sécurité personnelle immédiate. Il est en effet essentiel de connaître sa crainte de subir de graves blessures ou d'être tuée (Jamieson *et al.*, 1999). Par ces questions, on tentera d'estimer le danger potentiel de la situation de violence conjugale et le risque d'homicide familial.

Aucune méthode d'évaluation ne peut prédire avec certitude le risque de violence future. Les conséquences découlant de l'identification de faux négatifs ou de faux positifs peuvent être considérables autant pour les victimes que pour les partenaires ayant des comportements violents (Gambrill et Shlonsky, 2000, cités dans Shlonsky et Friend, 2007). Bien sûr, l'utilisation d'outils validés empiriquement et dont les qualités psychométriques ont été démontrées devrait être priorisée pour l'évaluation du risque. Cependant, la qualité des informations recueillies est aussi cruciale.

En plus des méthodes décrites ci-dessus, le jugement de la victime elle-même au regard de sa sécurité est une information incontournable à obtenir. À cet égard, différents auteurs ont démontré que la perception des femmes victimes de violence conjugale était le meilleur « prédicteur » de violence future (Weisz *et al.*, 2000; Goodman *et al.*, 2001). En effet, dans l'analyse de leurs données portant sur 499 hommes participant à un programme d'intervention et leurs partenaires, Heckert et Gondolf (2004) ont trouvé que la perception du risque par les femmes était un indice significatif de revictimisation, plus juste que l'outil *Spousal Assault Risk Assessment* (SARA) et que le *Kingston Screening Inventory for Domestic Violence* (K-SID) (Roehl *et al.*, 2005). De leur côté, Hanson, Helmus et Bourgon ont publié en 2007 les résultats d'une méta-analyse de dix-huit études portant sur la validité des échelles d'évaluation du risque de violence envers la partenaire intime. La méta-analyse permet de conclure que l'évaluation du risque faite par les victimes offre autant de précision que les autres méthodes d'évaluation du risque (Hanson *et al.*, 2007). Par ailleurs, selon Campbell (Campbell, 2005), même si les femmes représentent une source crédible d'évaluation du risque de récurrence de la violence conjugale (Goodman *et al.*, 2000; Heckert et Gondolf, 2004; Weisz *et al.*, 2000, cités dans Campbell, 2005), et même si leur perception quant au risque de violence conjugale semble un meilleur indice que les outils d'évaluation du risque², seulement une femme sur deux victimes d'homicide du conjoint ou de blessures très graves reconnaissait que son partenaire pouvait la tuer. Quoique la perception des femmes soit importante, il semble qu'elles aient souvent tendance à minimiser leur danger (Campbell, 2005).

² Sauf le *Danger Assessment* (Roehl *et al.*, 2005, cités dans un document du Family Violence Services in Victoria, Australie, en 2006).

En somme, selon la littérature, la meilleure approche d'évaluation du danger devrait permettre de combiner les résultats d'un outil couvrant les facteurs de risque identifiés empiriquement avec ceux de l'évaluation faite par la victime de son propre niveau de risque. Cette information devrait être complétée par toute autre information sur la situation émanant du jugement clinique du professionnel ou d'autres sources (Roehl *et al.*, 2005, cités dans Department for Victorian Communities, 2006). La combinaison de l'approche actuarielle (basée sur les outils validés) et de l'approche clinique (basée sur le jugement professionnel) et la recherche d'informations auprès de plusieurs sources différentes, incluant la victime de violence conjugale, apparaissent ainsi comme une approche prometteuse.

Dans la section suivante seront décrits certains outils d'évaluation du risque et de la dangerosité repérés dans la littérature.

2.1 OUTILS VALIDÉS

The Danger Assessment

Parmi les échelles d'évaluation du risque de violence conjugale, le *Danger Assessment* de Campbell (développé en 1986 et révisé en 2003) constitue la plus ancienne mesure encore couramment utilisée. À l'origine, il a été établi dans le contexte des soins prodigués en salle d'urgence, en vue d'évaluer le risque qu'une femme ayant subi de la violence soit tuée par son partenaire. Bien qu'elle ait été conçue pour prédire le meurtre, elle a souvent servi à prédire la récurrence de la violence conjugale. Le *Danger Assessment* est utilisé dans une multitude de contextes de pratique, aussi bien dans les milieux de soins de santé, de la justice criminelle que dans les maisons pour femmes en difficulté.

La version originale du *Danger Assessment* comprend quinze questions (répondues par *oui* ou *non*), administrées à la victime. Le questionnaire est utilisé en combinaison avec un calendrier sur lequel la victime note la date des incidents violents survenus au cours des douze derniers mois, en plus d'indiquer le niveau de sévérité des incidents sur une échelle de 1 à 5. La fiabilité et la validité de l'outil ont été établies et sa capacité à prédire les récurrences et les homicides a été testée aussi. La version originale du *Danger Assessment* a été révisée en 2003 par l'ajout de cinq nouvelles questions pour un total de vingt questions. Le score résultant de l'addition de toutes les réponses positives permet de catégoriser les victimes selon quatre niveaux de danger : variable, en augmentation, sévère ou extrême. La fiabilité, la validité et la valeur prédictive de ce nouvel outil ont aussi été démontrées.

Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA)

Le SARA a été développé en 2000 par deux Canadiens, Kropp et Hart. C'est un ensemble structuré de directives professionnelles permettant d'évaluer le risque de violence conjugale, présenté sous la forme d'un petit guide. Il est utilisé depuis de nombreuses années par les professionnels de la justice criminelle et la police. Il comprend vingt facteurs de risque établis empiriquement, concernant différents aspects de l'histoire criminelle de l'agresseur, de son fonctionnement social et de sa santé mentale. Les dix premiers facteurs de risque se rapportent à la violence en général, alors que les dix derniers portent plus spécifiquement sur la violence familiale de l'homme et de la femme. Les réponses aux items sont codées numériquement de 0 à 2 et peuvent être réunies de façon à donner des scores continus. Les

scores sont basés sur des informations provenant de sources multiples, incluant la victime, l'agresseur et le dossier criminel. En plus des scores obtenus, l'évaluateur peut attribuer un score qui indique le nombre de facteurs de risques « critiques ». Cet outil est relativement long et requiert le jugement professionnel de spécialistes en santé mentale. La fiabilité et la validité du SARA ont été démontrées.

Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA)

Cet outil d'évaluation du risque de violence conjugale a été développé au Canada par Hilton *et al.*, en 2004. Il cherche à répondre aux besoins spécifiques des policiers qui se présentent à un domicile où une plainte a été déposée suite à un incident de violence conjugale. L'outil comprend treize questions portant sur l'histoire de violence conjugale, l'histoire criminelle (générale), les menaces d'emprisonnement et les détentions lors de l'incident le plus récent, les enfants exposés à la violence conjugale, l'abus de substances et les barrières liées à la recherche d'aide. L'information est recueillie auprès de la victime et à partir du dossier policier. Les items sont répondus par *oui* ou *non* et un score final est calculé. Ce score fournit des indications sur la possibilité de récidive de l'agresseur : plus le score est élevé, plus le potentiel de récidive est élevé. L'outil est donc basé sur une approche actuarielle et il tente d'estimer le risque de récidive, plutôt que de fournir de l'information sur la gestion du risque. Cela signifie que les professionnels qui utilisent le ODARA ont besoin d'assistance pour porter un jugement global sur l'ensemble des circonstances entourant les situations de violence conjugale. La fiabilité et la validité de cet outil ont été démontrées, mais sa capacité à être utilisé auprès d'autres populations que celle pour laquelle il a été conçu n'a pas encore été déterminée.

Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risks (B-SAFER)

Le B-SAFER³ est une liste de vérification visant à évaluer le risque de violence conjugale. Cet outil a été développé au Canada par Kropp, Hart et Belfrage en 2004 et il est utilisé dans un contexte de justice pénale et civile. Il s'inspire du *Spousal Assault Risk Assessment Guide* (SARA). Le B-SAFER vise à aider les utilisateurs à faire preuve de discernement professionnel lorsqu'ils procèdent à une évaluation des risques. Le but poursuivi par cette initiative est de mettre en place un cadre systématique, normalisé, utile et pratique pour recueillir et examiner l'information afin de prendre des décisions relatives au risque de violence. Le B-SAFER s'inspire directement de la documentation scientifique et professionnelle portant sur l'évaluation du risque de violence et sur la planification de la sécurité de la victime.

L'outil est présenté en deux sections qui abordent le contenu de base d'une évaluation du risque de violence conjugale. La première section, « Violence conjugale », comprend cinq facteurs liés aux antécédents du contrevenant en matière de violence conjugale. La deuxième section, « Adaptation psychosociale », présente cinq facteurs de risque qui sont révélateurs du fonctionnement psychologique et social, en plus d'être de bons indicateurs du risque de violence en général. L'information est recueillie auprès de l'agresseur. L'annexe C du B-SAFER est un entretien effectué avec la victime de violence conjugale.

³ Pour obtenir une information complète concernant le B-SAFER, contacter le British Columbia Institute Against Family Violence. Site Web : www.bcifv.org.

Étant donné que le niveau de risque variera et changera au fil du temps, il est recommandé de procéder à des évaluations répétées au moins tous les six mois. De plus, les situations critiques suivantes requièrent de nouvelles évaluations du risque :

- une séparation récente ou imminente entre la victime et l'agresseur;
- la victime est engagée depuis peu dans une nouvelle relation intime;
- l'agresseur est depuis peu ou sera sous peu libéré d'une garde en milieu fermé;
- il y a eu récemment un conflit au sujet de la garde des enfants ou du droit d'accès ou un tel conflit se profile à l'horizon;
- de nouvelles circonstances se sont présentées qui augmentent la probabilité de contact entre la victime et l'agresseur.

2.2 AUTRES OUTILS NON VALIDÉS

Plusieurs listes de questions cherchant à mesurer différents aspects de dangerosité ont été publiées par des organisations étrangères et québécoises sans avoir fait l'objet de validation. Ces listes s'attardent aux risques courus par la femme et les enfants. Elles permettent de documenter, entre autres, le degré de contrôle du conjoint agresseur et le niveau de liberté de la victime; l'abus émotionnel, verbal, physique et sexuel; les menaces; les attitudes et les agissements du conjoint par rapport aux enfants, de même que les conséquences de l'exposition des enfants à la violence conjugale. Voici certains de ces outils repérés au Québec :

- Outil d'évaluation du risque d'homicide ou de dangerosité comportant quinze questions, publié au Québec par Delem, Delisle, Paquin et Verret (2006) dans le *Guide d'intervention en matière de violence conjugale*;
- Le guide d'intervention *Agir pour prévenir l'homicide de la conjointe*, publié en 2004 par le CRI-VIFF et la Fédération de ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec, présente une démarche complète d'évaluation du risque pour les femmes victimes de violence conjugale, selon qu'il s'agit d'un danger imminent, à court ou moyen terme ou encore, persistant;
- Outil d'évaluation des risques d'homicide développé par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Il comprend onze questions qui servent de guide dans le cadre d'une consultation avec une infirmière.

Dans le guide traitant des femmes victimes de violence et du système canadien de justice pénale, publié en 1998, Ferris, McMain et Silver suggèrent de poser onze questions, dans un niveau de langage adapté à la victime.

Tableau 3 Description des outils d'évaluation de la dangerosité

OUTILS	CONTEXTE D'ADMINISTRATION	TYPE D'OUTIL	MODALITÉS D'ADMINISTRATION	SOURCE D'INFORMATION	CONTENU ABORDÉ	VALIDATION
<i>Danger Assessment (DA)</i> Campbell, 1986, 1992-1995-2003 États-Unis	Soins de santé et services sociaux Justice criminelle Maisons d'hébergement	Questionnaire Version originale : 15 questions. Version révisée en 2003 : 20 questions répondues par <i>oui</i> ou <i>non</i> . Le score résultant de l'addition des <i>oui</i> est utilisé pour catégoriser les femmes selon leur niveau de risque : variable, en augmentation, sévère ou extrême. Utilisation d'un calendrier pour documenter la sévérité et la fréquence de la violence. Peut servir à prédire la récurrence. Facile à utiliser et à interpréter.	Entrevue avec la femme victime de violence conjugale.	Victimes de violence conjugale.	• Risque de violence sévère et d'homicide. • Fréquence et sévérité de la violence au cours de la dernière année. • Permet d'établir un plan de sécurité et d'amener la victime à prendre conscience du niveau de risque auquel elle est exposée.	Oui Propriétés psychométriques bien établies.
<i>Spousal Assault Risk Assessment (SARA)</i> Kropp <i>et al.</i> , 1994-2000 Canada	Justice criminelle	Liste de facteurs de risqué. 20 questions dont les réponses sont codées de 0 à 2. L'addition des scores permet de déterminer, en plus, combien de facteurs de risque sont critiques.	Entrevue avec l'agresseur. Administré aux hommes seulement.	Hommes suspectés d'avoir des comportements violents ou traités pour violence conjugale. Victimes de violence conjugale.	Histoire criminelle, histoire de violence conjugale, profil psychosocial.	Oui Propriétés psychométriques bien établies.

Tableau 3 Description des outils d'évaluation de la dangerosité (suite)

OUTILS	CONTEXTE D'ADMINISTRATION	TYPE D'OUTIL	MODALITÉS D'ADMINISTRATION	SOURCE D'INFORMATION	CONTENU ABORDÉ	VALIDATION
Spousal Assault Risk Assessment		Le SARA est basé sur le jugement professionnel et le score obtenu. Deux parties : la 1^{re} porte sur 10 facteurs de risque de violence générale et la 2^e porte sur 19 facteurs de risques spécifiques à la violence conjugale. Facile à compléter. Est un guide pour structurer le jugement professionnel plutôt qu'un test.		Rapports de police, dossiers criminels ou autres documents.		
Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA) Hilton <i>et al.</i> , 2004 Canada	Services de police	Questionnaire 13 items répondus par <i>oui</i> ou <i>non</i> servent au score final. Plus le score est élevé, plus le risque est important. Sert au dépistage de la récidive. A été développé spécifiquement pour le contexte de la violence conjugale.	Entrevue avec l'agresseur.	Victimes de violence conjugale. Rapports de police. Policiers.	Récidive de la violence conjugale. Abus de substances, antécédents de violence, le nombre d'enfants dans la famille, barrières au soutien à la victime. Le résultat est utilisé comme indice des probabilités que l'agresseur ait d'autres comportements de violence envers sa partenaire.	Oui Propriétés psychométriques bien établies.

Tableau 3 Description des outils d'évaluation de la dangerosité (suite)

OUTILS	CONTEXTE D'ADMINISTRATION	TYPE D'OUTIL	MODALITÉS D'ADMINISTRATION	SOURCE D'INFORMATION	CONTENU ABORDÉ	VALIDATION
<i>Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risks (B-SAFER)</i> Kropp <i>et al.</i> , 2004 Canada	Justice civile et criminelle Services de police	<i>Check-list</i> qui sert de guide pour l'évaluation du risque de violence conjugale. Entretien basé sur 8 facteurs de risque de violence conjugale et de violence en général.	Entrevue avec l'agresseur. Entrevue avec la victime.	Agresseurs Victimes Dossier judiciaire	• Violence physique ou sexuelle grave. • Menaces, idées ou intentions violentes graves. • Intensification de la violence. • Violation d'une ordonnance d'un tribunal. • Autres offenses criminelles graves. • Problèmes relationnels. • Problèmes professionnels ou financiers. • Abus d'alcool ou de drogues. • Trouble mental.	

3 OUTILS DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES EN IDENTIFICATION PRÉCOCE UTILISÉES AU QUÉBEC

En 2006, une liste des formations en violence conjugale utilisées au Québec avait été produite dans le cadre du volet 1 de l'étude *Consolidation des pratiques en violence conjugale dans les CLSC du Québec : étude exploratoire*⁴. La mise à jour de cette liste a permis de constater qu'il existe une panoplie de formations qui concernent l'intervention en violence conjugale, mais que très peu abordent la question de l'identification précoce. En effet, seulement onze formations de ce type ont été repérées. Il est à noter que cette liste n'est pas exhaustive et qu'il est possible que certaines formations aient échappé à notre repérage pour diverses raisons (formation non publicisée, en développement, etc.).

Toute la documentation pertinente décrivant le contenu des formations a été recueillie et analysée. Les responsables des formations ont été contactés afin de s'assurer que l'information colligée était complète. Dans un cas, il a été possible d'assister à un atelier de formation. Des fiches descriptives ont été complétées pour chacune des onze formations listées dans le tableau 4 (voir annexe 1).

⁴ Un des objectifs de l'étude de 2006 était de « recenser les outils existant au Québec visant à soutenir les intervenants des CLSC dans leurs activités d'identification de cas et d'intervention en violence conjugale », c'est pourquoi la liste produite ne comporte que des formations utilisées ou disponibles au Québec.

Tableau 4 Formations en identification précoce de la violence conjugale identifiées en 2007-2008 au Québec

	NOM DE LA FORMATION	ORGANISME AUTEUR/PROMOTEUR
Formation 1	Trousse de formation à l'identification précoce de la violence conjugale (2 ^e édition)	Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP)
Formation 2	Intervention auprès des victimes de violence conjugale. Trousse de formation à l'intention des médecins en médecine familiale	Agence de la Vieille-Capitale
Formation 3	Violence conjugale	CSSS de la Vieille-Capitale
Formation 4	Dépistage et prévention de la violence à Laval	CSSS de Laval
Formation 5	Formation suivant le protocole d'identification précoce et d'intervention en violence conjugale dans les CSSS de l'Estrie	CSSS de l'Estrie
Formation 6	Vécu des enfants exposés à la violence conjugale : activité de sensibilisation et Intervention auprès d'un enfant exposé à la violence conjugale : activité de formation	Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale
Formation 7	Problématique de la violence conjugale : formation de base	Comité priorité violence conjugale
Formation 8	Réalité et dépistage des enfants exposés à la violence conjugale	Comité priorité violence conjugale
Formation 9	Repérage et référence des clientèles masculines aux services d'aide en matière de violence conjugale	Via l'Anse
Formation 10	AVIS-Sécurité agir sur la violence en informant et en sensibilisant	Alliance gaspésienne des maisons d'aide et d'hébergement
Formation 11	Mieux comprendre pour mieux intervenir	Groupe d'aide aux personnes impulsives (G.A.P.I.)

Trousse de formation à l'identification précoce de la violence conjugale (2^e édition)

Cette formation a été développée en 2002 pour répondre aux besoins exprimés par les milieux d'intervention, suite à l'implantation du protocole systématique de dépistage de la violence conjugale dans les CLSC du Québec. Elle a été développée par le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) et le Centre de communication en santé mentale de l'Hôpital Rivière-des-Prairies (CECOM). La trousse de formation contient un document vidéo de sensibilisation, un document vidéo de modélisation clinique, un document vidéo de spécialisation qui aborde la question des groupes vulnérables, ainsi qu'un guide de formation qui comprend une section pédagogique et une section théorique. La formation a été développée dans une perspective de sensibilisation continue des professionnels. C'est pourquoi en plus d'une formation des intervenants de première ligne, elle comprend également une formation de formateur ou d'agent multiplicateur. Le CLIPP offre un soutien aux agents multiplicateurs par l'intermédiaire de sa coordonnatrice à la formation.

Intervention auprès des victimes de violence conjugale. Trousse de formation à l'intention des médecins en médecine familiale

Cette formation a été développée à l'initiative de la Direction régionale de santé publique de Québec dans le cadre du *Programme d'intervention en matière de violence conjugale dans les unités de médecine familiale entre 1999 et 2002*. Ce programme visait plus globalement à : 1) établir un portrait des connaissances, des croyances et des attitudes des médecins, de même que des caractéristiques de la pratique médicale quant à la violence conjugale et des besoins en formation exprimés par les médecins; 2) élaborer un protocole d'intervention pour les unités de médecine familiale (UMF); 3) élaborer et offrir un programme de formation à l'intention des médecins des huit UMF affiliées à l'Université Laval. Une évaluation du programme a été réalisée en 2003 (évaluation de l'implantation et des effets du programme). La formation a été rééditée en 2004.

Violence conjugale

Cette formation est mise sur pied par les intervenants du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale à la fin des années 90, en continuation au déploiement du Protocole systématique de dépistage de la violence conjugale par le MSSS. Afin de maintenir l'intérêt au sein de l'établissement, un programme de formation continue des intervenants est mis sur pied. Le matériel de formation s'inspire de la formation offerte par le MSSS, mais il est adapté à la réalité locale. Plusieurs établissements de santé de la région profitent alors de l'expertise développée par le CSSS de la Vieille-Capitale et organisent des séances de formation. De nos jours, la formation est offerte de deux à trois fois par année essentiellement au personnel du CSSS de la Vieille-Capitale. La formation est accompagnée d'un guide d'intervention en matière de violence conjugale qui a fait l'objet d'une mise à jour en 2008.

Dépistage et prévention de la violence à Laval

Ce projet fait suite à l'implantation dans la région de Laval en 2003 du protocole de dépistage systématique de la violence conjugale développé par le CLSC St-Hubert. En 2006, le Centre de santé et de services sociaux de Laval (CSSSL) a été mandaté pour effectuer un bilan des formations réalisées en 2003, tout en effectuant une mise à jour des données et en uniformisant le contenu. Ce faisant, les intervenants du CSSS ont décidé de réutiliser l'approche proposée par le projet du CLSC St-Hubert tout en élargissant le spectre des clientèles visées et en abordant la problématique avec plusieurs approches théoriques différentes (féministe, féministe matérialiste, systémique, psychologique, différenciée selon les sexes, interculturelle). Un document de formation a été constitué avec les principales notions abordées. Les formations données s'adressent aux nouveaux professionnels des quatre installations de première ligne n'ayant pas reçu la formation de 2003, aux médecins en CLSC et en cliniques médicales et aux intervenants de certains organismes communautaires.

Formation suivant le protocole d'identification précoce et d'intervention en violence conjugale dans les CSSS de l'Estrie

En 2006, les chefs de programmes des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Estrie ont décidé de développer un protocole commun d'identification précoce et d'intervention en violence conjugale sur leur territoire. Cette démarche faisait suite à une tentative d'implantation du protocole de dépistage systématique inspirée des travaux du CLSC St-Hubert au début des années 2000. La contestation entourant l'implantation du dit protocole en lien avec des controverses éthiques et juridiques avait mené à l'abandon de l'utilisation de l'outil de dépistage systématique dans la région. C'est ainsi qu'en 2005 les chefs de programmes ont mis sur pied un comité de travail pour : 1) analyser les différents outils d'identification des personnes vivant avec un problème de violence conjugale; 2) identifier différents modèles d'intervention et 3) faire des recommandations pour l'implantation d'une procédure dans la région. Les CSSS de l'Estrie, de concert avec l'agence de la santé et des services sociaux ont produit en février 2006 un guide d'implantation d'un protocole d'identification précoce et d'intervention en violence conjugale dans les CSSS de l'Estrie. Le guide comprend des outils d'identification, un modèle d'accueil, de référence et d'intervention en CSSS, ainsi qu'une stratégie de mise en place d'un protocole d'identification précoce et d'intervention dans les CSSS. C'est à partir de ce document que le CSSS de la MRC de Coaticook a développé une formation qui est offerte sur son territoire.

Vécu des enfants exposés à la violence conjugale : activité de sensibilisation

Intervention auprès d'un enfant exposé à la violence conjugale : activité de formation

Cette activité a été développée par la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale dans le cadre d'un vaste projet (débuté en 2000) portant sur la problématique des enfants exposés à la violence conjugale. Ce projet s'inscrit dans le cadre du plan d'action de la *Politique québécoise d'intervention en matière de violence conjugale* et aussi dans celui des différentes initiatives mises de l'avant par le gouvernement fédéral en prévention du crime. Plusieurs milieux d'intervention de la région de Québec ont collaboré à ce projet. La formation s'adresse aux intervenants œuvrant auprès des enfants (de 0 à 12 ans), des mères ou des conjoints de celles-ci. Elle a pour but de les sensibiliser au vécu des enfants exposés à la violence conjugale afin qu'ils puissent offrir une réponse appropriée aux besoins de ces enfants dans la région de Québec. Jusqu'à maintenant, la formation a été offerte principalement dans la région de Québec par les responsables du dossier de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale.

Repérage et référence des clientèles masculines aux services d'aide en matière de violence conjugale

Via l'Anse est un organisme à but non lucratif de la région de la Montérégie qui offre des services spécialisés aux clientèles masculines ayant des comportements violents. Il fait partie du Réseau d'aide aux hommes pour une société sans violence – à cœur d'homme qui regroupe 24 organismes communautaires au Québec. Ces organismes visent à prévenir la violence masculine à l'endroit des femmes. La formation Repérage et référence des clientèles masculines aux services d'aide en matière de violence conjugale a été développée afin de répondre à une demande grandissante de la part d'organismes œuvrant dans le

domaine de la violence conjugale. Le repérage et la référence des clientèles masculines vers les ressources de détection et d'intervention appropriées, représentent en effet, pour ces organismes, un défi nouveau et particulier. La formation développée par Via l'Anse propose des connaissances susceptibles de faciliter les pratiques d'identification précoce et de référence tout en proposant des outils d'intervention. Elle s'adresse principalement aux organismes de la Montérégie, mais peut être transposée dans un autre milieu, au besoin. Les concepteurs collaborent avec des chercheurs de l'Université Laval dans le développement d'outils d'aide à l'identification des situations de violence.

Problématique de la violence conjugale : formation de base et Réalité et dépistage des enfants exposés à la violence conjugale

Le comité priorité violence conjugale (CPVC) est un organisme à but non lucratif situé à Montréal qui, depuis sa création, à la fin des années 90, a développé différents contenus de formation visant la prévention de la violence faite aux femmes et aux enfants, ainsi que la réduction des conséquences négatives sur la santé physique et psychologique des victimes. Au départ, c'est pour répondre aux besoins grandissants en formation provenant de diverses organisations œuvrant sur le terrain auprès des victimes que le CPVC a développé des activités de formation. Les formations sont offertes sur demande et sont adaptées aux réalités et besoins particuliers de chaque milieu de travail. L'approche pédagogique développée par le comité est axée sur les besoins en milieu de pratique. Un des quatre programmes de formation offerts par le CPVC concerne la violence conjugale et familiale, tandis qu'un autre concerne les enfants exposés à la violence conjugale. La formation Problématique de la violence conjugale : formation de base constitue un préalable pour toutes les autres formations offertes.

AVIS-Sécurité

Agir sur la violence en informant et sensibilisant

En 2002, l'Alliance gaspésienne des maisons d'aide et d'hébergement, qui regroupe depuis 1999 plusieurs organismes œuvrant dans le dossier de la péninsule gaspésienne, a organisé son premier colloque régional de formation. C'est à la suite de ce colloque que l'Alliance a initié la conception et l'implantation de l'outil AVIS-Sécurité afin de doter les organismes partenaires de la péninsule gaspésienne d'un outil commun d'intervention en violence conjugale. L'outil a été développé en collaboration avec le CRI-VIFF et consiste en un document d'information et de références sur la violence conjugale comportant deux sections, une sur l'information et la sensibilisation, et l'autre sur l'action ou l'intervention. Ce document prend la forme d'un lutrin de table où d'un côté il y a un message qui s'adresse à la femme et de l'autre des informations destinées à l'intervenant. Les intervenants sont invités à conserver l'outil en permanence et à vue sur leurs bureaux. La formation est offerte par l'Alliance pour soutenir l'utilisation de l'outil. Le développement de l'outil AVIS-Sécurité s'inscrit dans le cadre d'un plus vaste projet qui inclut aussi l'élaboration d'un protocole de collaboration intersectorielle devant être signé par l'ensemble des partenaires du projet⁵.

⁵ Les concepteurs de l'AVIS-Sécurité ont reçu une mention d'honneur dans le cadre des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux du Québec en 2007, dans la catégorie des initiatives des organismes communautaires en prévention, promotion et protection de la santé et du bien-être. Le Prix Égalité (catégorie Prévention de la violence) du Secrétariat à la condition féminine leur a aussi été décerné en 2008.

Mieux comprendre pour mieux intervenir

La formation sur le dépistage systématique des victimes de violence conjugale, qui a eu lieu dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec à la fin des années 90, a permis de soulever une question de fond qui demeurait sans réponse, soit quoi faire avec les agresseurs. C'est ainsi que le Groupe d'aide aux personnes impulsives (G.A.P.I.), qui œuvre dans la région de la Capitale-Nationale, a décidé de mettre sur pied une formation afin d'aider les intervenants à mieux dépister les hommes agresseurs et à intervenir d'une façon plus efficace. La formation Mieux comprendre pour mieux intervenir est donnée depuis plusieurs années par deux travailleurs sociaux œuvrant au G.A.P.I. Elle vise à bien outiller les intervenants afin d'accueillir, dépister et référer de façon judicieuse les hommes avec des problèmes de violence vers des ressources pouvant les aider. Au fil du temps, la formation a été enrichie et développée en fonction des besoins et des attentes exprimées par les intervenants du milieu ayant bénéficié de la formation. Entre 1999 et 2002, 260 intervenants ont participé à dix-huit sessions de formation.

RÉFÉRENCES⁶

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 des 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 des 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.

⁶ Ce répertoire a été produit en complément du document *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*. 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*, 26^e 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 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 (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.

ANNEXE 1

FICHES DESCRIPTIVES DES OUTILS DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES (FORMATIONS) À L'IDENTIFICATION DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Formation 1 : Trousse de formation à l'identification précoce de la violence conjugale

1. Langue	Français	2. Année	2002 et 2007 pour la 2 ^e édition
3. Auteur (s) et organisme	Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) et CECOM — Centre de communication en santé mentale de l'Hôpital Rivière-des-Prairies		
4. Milieu de pratique visé	a) CLSC : oui	b) Milieu hospitalier : oui	c) Autre : milieux académiques et organisations à but non lucratif (OBNL)
5. Professionnels visés			
a) Intervenant psychosocial – TS	✓	d) Infirmiers	✓
b) Médecin	✓	e) Autre : tous les professionnels œuvrant dans le milieu de la santé et des services sociaux du Québec et les milieux académiques interpellés par la problématique de la violence conjugale	✓
c) Personnel de soutien (préposé, réceptionniste, etc.)	✓		
6. Clientèle visée			
a) Femmes	✓		
b) Enfants ⁷	✓		
c) Conjoints ayant des comportements violents			
7. Objectifs d'apprentissage			
Les objectifs finaux sont : • D'expliquer l'état actuel des connaissances associées à la violence conjugale (définition, ampleur, indices, conséquences, etc.); • D'effectuer l'identification précoce et l'intervention minimale appropriée auprès de victime de violence conjugale. Les objectifs intermédiaires sont : • Reconnaître le rôle des intervenants dans l'identification précoce de la violence conjugale chez leur clientèle; • Identifier les signes généralement associés à la violence conjugale; • Déterminer les attitudes et les comportements appropriés dans leurs communications avec une cliente victime de violence conjugale; • Effectuer l'identification précoce et l'intervention minimale appropriée auprès des victimes de violence conjugale.			

⁷ Abordés sommairement dans la formation en tant que victimes indirectes de la violence conjugale, et survol des conséquences.

8. Contenu abordé			
Définition de la violence conjugale	✓	Cycle de la violence	✓
Ampleur du problème	✓	Conjoints violents	
Responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux	✓	Conséquences de la violence sur la victime	✓
L'éthique de la problématique (confidentialité, sensibilité)	✓	Exposition des enfants et conséquences	✓
Les formes de violence	✓	Procédure de signalement pour les enfants (cadre légal), savoir comment faire et quand	
Autre : facteurs de risques et groupes vulnérables			✓
9. Processus d'identification préconisé			
On présente le dépistage comme un processus de « petits pas » qui ne se déroule pas en une seule entrevue. On signale l'importance de l'écoute et du respect du rythme de la victime. On précise que le but n'est pas de faire avouer à la femme qu'elle est victime de violence. On présente le dépistage comme une forme d'intervention préventive. On propose un outil avec trois composantes soit : a) une grille d'observation avec une liste de signes, b) une entrevue de dépistage pour entamer la discussion avec la victime et c) un questionnaire remis à la victime pour évaluer l'état de sa situation. Ces étapes sont proposées comme modèle, mais on suggère fortement d'adapter l'utilisation de cet outil au contexte de pratique. Des cas exemples sont visionnés et font l'objet de discussions parmi les participants (entre autres sur le savoir-faire et le savoir-être du professionnel qui fait le dépistage).			
10. Indicateurs (signes et comportements)			
Concernant les victimes, une liste d'indices est présentée sous forme d'aide-mémoire (remis aux participants de la formation). Des signes à observer chez les enfants sont décrits dans la présentation PowerPoint. En ce qui concerne l'agresseur, on présente certaines caractéristiques, mais on mentionne qu'elles ne font pas l'unanimité dans la littérature.			
11. Outils d'identification précoce utilisés			
On présente une liste d'outils, mais on propose l'utilisation de l'outil Protocole de dépistage systématique avec ses trois instruments, soit une grille d'observation, une entrevue de dépistage et un questionnaire (outil de Rinfret Raynor ou de St-Hubert). L'aspect « systématique » de cet outil n'est cependant pas préconisé. Le jugement clinique de l'intervenant est plutôt interpellé pour choisir la meilleure façon d'utiliser chaque étape de l'outil.			
12. Évaluation de la dangerosité (outil ou démarche proposé – scénario de protection)			
On aborde l'intervention minimale et ce qu'on doit viser concrètement par cette intervention, ainsi que les conditions de base pour la réaliser. On parle de l'évaluation du danger sans suggérer un outil en particulier.			
13. Élaboration d'un scénario de protection avec la victime			
Le document vidéo souligne l'importance de discuter du scénario de protection avec la victime.			
14. Attitudes de l'intervenant abordées (empathie, compassion, écoute, etc.)			
On fait état de ces qualités pour écouter la victime et respecter son rythme.			

15. Procédure à suivre une fois le dévoilement obtenu (référer, connaissance des services, etc.)
On parle de l'importance d'avoir en main toute l'information nécessaire concernant les ressources qui peuvent venir en aide à la victime. Aussi, on dit de 1) prendre le temps d'écouter, rassurer et confirmer la confidentialité de l'intervenant; 2) prendre une position claire contre la violence et ne pas juger la victime; 3) évaluer la dangerosité et prévoir avec la victime un scénario de protection et 4) recommander la victime pour le suivi ou l'aide nécessaire.
16. Soutien psychosocial pour les participants
Au moment de la formation, la question est abordée en tout premier lieu. La formatrice donne la possibilité de sortir de la salle à tous ceux qui ne se sentiraient pas à l'aise avec les sujets abordés.
17. Formule pédagogique utilisée (présentation magistrale, cahier du participant, vidéo, jeux de rôle exercices, audio, discussion, etc.)
La trousse de formation comprend un guide de formation de 133 pages qui inclut une section théorique et une section pédagogique, un document vidéo de sensibilisation à la problématique dans lequel des spécialistes mettent en évidence l'importance de l'identification précoce, un document vidéo de modélisation clinique qui propose trois illustrations scénarisées du processus d'identification précoce par une infirmière, un médecin et une travailleuse sociale et finalement, un document vidéo de modélisation qui expose l'intervention auprès de trois groupes vulnérables : 1) les femmes de communautés ethnoculturelles et immigrantes; 2) les femmes présentant une déficience intellectuelle et 3) les femmes âgées. Un cahier du participant est aussi remis lors de la formation.
18. Durée de la formation
Sept heures pour la formation des intervenants ou quatorze heures pour la formation d'agents multiplicateurs.
19. Évaluation (type)
Une évaluation a été faite en 2003 auprès de 98 intervenants qui ont reçu la formation d'agent multiplicateur. Une évaluation de la perception des participants ainsi qu'une évaluation des transferts de connaissances qui ont suivi la formation ont été réalisées. Un rapport a été produit.
20. Références scientifiques utilisées et actualisation
Le contenu de la trousse découle d'une revue systématique des travaux de recherche sur cette problématique et a bénéficié de l'appui d'un comité consultatif composé de chercheurs du CRI-VIFF et de représentantes des milieux d'intervention. Une mise à jour (2 ^e édition) a été réalisée en 2006 suite à laquelle une vidéo sur la violence conjugale chez des groupes vulnérables a été ajoutée à la trousse de formation. Ces groupes vulnérables incluent les femmes des communautés ethnoculturelles et immigrantes, les femmes présentant une déficience intellectuelle et les femmes âgées.
21. Disponibilité et accessibilité de la formation
Disponible auprès du CLIPP 555, boulevard René-Lévesque Ouest, 1200 Montréal (QC) H2Z 1B1 Téléphone : 514 393-4666 formation@clipp.ca www.clipp.ca Le CLIPP dispose d'un dépliant promotionnel de la formation.

22. Coût	Formation des intervenants Pour les ONG : 625 \$ pour sept heures pour 15 personnes Pour les CSSS : 925 \$ pour sept heures de formation pour 15 personnes Formation des agents multiplicateurs Pour les CSSS : 925 \$ par jour sur deux jours pour 15 personnes, plus 250 \$ pour la trousse de formation
23. Souplesse : adaptabilité à différents milieux de pratique et types de professionnels	
La formation a déjà été adaptée pour être offerte aux infirmiers et aux médecins.	
24. Formation de formateurs (disponible ou non)	
Disponible. La formation s'insère dans un programme de formation d'agent multiplicateur, offert par le CLIPP, qui vise à instrumenter les établissements de santé et de services sociaux afin qu'ils soient en mesure de réaliser la formation et le soutien professionnels du personnel de leur milieu de travail. La formation d'agent multiplicateur est de deux jours. Le CLIPP compte offrir du soutien et l'accompagnement aux agents multiplicateurs qui seront formés dans le futur.	
25. Commentaires	
—	

Sources consultées pour compléter cette fiche :

- Trousse de formation à l'identification précoce de la violence conjugale, 2^e édition (2006), CLIPP et CECOM incluant :
 - Un guide de formation
 - Un document vidéo de sensibilisation (40 min)
 - Un document vidéo de modélisation (36 min)
 - Un document vidéo de spécialisation (44 min)
- Formation donnée par le CLIPP en février 2008
Madame Michèle Poirier, directrice de la formation au CLIPP

Formation 2 : Intervention auprès des victimes de violence conjugale.
Trousse de formation à l'intention des médecins en médecine familiale

1. Langue	Français		2. Année	2004
3. Auteur (s) et organisme	Paradis, F., Levaque, R., Théotêt, J., Langlois, L., Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale			
4. Milieu de pratique visé	a) CLSC : oui	b) Milieu hospitalier : oui	c) Autre : Unités de médecine familiale, cliniques privées, etc.	
5. Professionnels visés				
a) Intervenant psychosocial – TS		✓	d) Infirmiers	✓
b) Médecin		✓	e) Autre : Résidents en médecine	✓
c) Personnel de soutien (préposé, réceptionniste, etc.)				
6. Clientèle visée				
a) Femmes		✓		
b) Enfants				
c) Conjointes ayant des comportements violents				
7. Objectifs d'apprentissage				
<i>But</i> Le but du programme d'intervention auprès des victimes de violence conjugale est de rendre les médecins de famille plus habiles à intervenir auprès des femmes victimes, dans le cadre de leur pratique, en favorisant la recherche de cas et une intervention adéquate (évaluation, soutien, référence, suivi). <i>Objectif général</i> Permettre au médecin de famille, à partir des stratégies et des outils remis lors de la formation, de répondre adéquatement aux besoins d'une patiente victime de violence conjugale. <i>Objectifs spécifiques</i> - Faire intégrer à la pratique courante des médecins de famille, un cadre d'intervention en matière de violence conjugale qui inclut l'identification d'indicateurs, la recherche de cas, l'intervention et le suivi auprès des femmes victimes, ainsi que la connaissance des conduites efficaces à adopter auprès des enfants exposés à la violence et auprès des conjoints. - Permettre aux médecins enseignants de rendre les médecins résidents plus habiles à intervenir en matière de violence conjugale. À leur tour, les résidents pourront offrir cette formation à d'autres professionnels dans leurs futurs milieux de pratique médicale.				

8. Contenu abordé			
Définition de la violence conjugale	✓	Cycle de la violence (propose un nouveau concept visuel du cycle qu'on appelle « les murs de la violence »)	✓
Ampleur du problème	✓	Conjoints violents	✓
Responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux	✓	Conséquences de la violence sur la victime	✓
L'éthique de la problématique (confidentialité, sensibilité)	✓	Exposition des enfants et conséquences	✓
Les formes de violence	✓	Procédure de signalement pour les enfants (cadre légal), savoir comment faire et quand	✓
Autre : Renseignements à noter au dossier médical. Cadre légal : Armes à feu, consentement en cas de danger, confidentialité, responsabilités légales pour la consignation des preuves, liste des ressources d'aide.			✓
9. Processus d'identification préconisé			
On propose : 1) d'identifier les indicateurs en lien avec les femmes victimes, les enfants exposés et les conjoints ayant des comportements violents (liste fournie). 2) de situer à quelle étape se trouve la femme. 3) de questionner la femme selon deux approches possibles, l'une officielle et l'autre personnalisée. 4) d'évaluer la situation de la femme, d'échanger sur le phénomène de la violence conjugale, d'évaluer le niveau de dangerosité, de proposer un scénario de protection et de compléter par un examen physique, au besoin.			
10. Indicateurs (signes et comportements)			
a) chez la victime : oui b) chez les enfants : oui c) chez l'agresseur : oui Un tableau résume les principaux indicateurs tant pour les femmes et les enfants que pour les agresseurs.			
11. Outils d'identification précoce utilisés			
Approche formelle : Deux questions adaptées du Women Abuse Screening Tool (WAST) de Brown <i>et al.</i> , (1996) Approche personnalisée : questions diverses selon la situation.			
12. Évaluation de la dangerosité (outil ou démarche proposé – scénario de protection)			
On explique trois principaux éléments pour évaluer la dangerosité à partir du questionnaire de Flitcraft (1995), soit l'historique des blessures, le sentiment de non-liberté et la peur ressentie. Une liste de onze indices de dangerosité (inspirée de Campbell, 1996) et un scénario de protection pour la femme et ses enfants sont proposés.			
13. Élaboration d'un scénario de protection avec la victime			
Un scénario de protection est proposé incluant ce que devrait comprendre une trousse d'urgence.			
14. Attitudes de l'intervenant abordées (empathie, compassion, écoute, etc.)			
Les attitudes à proscrire sont présentées.			

15. Procédure à suivre suite au dévoilement obtenu (référer, connaissance des services, etc.)	
Référence de la victime aux ressources d'aide selon le protocole de chaque UMF. Suivi médical.	
16. Soutien psychosocial pour les participants	
On explique aux intervenants qu'ils peuvent avoir des réactions personnelles face à cette problématique. Une référence au programme d'aide aux médecins, offert par le Collège des médecins, est faite.	
17. Formule pédagogique utilisée (présentation magistrale, cahier du participant, vidéo, jeux de rôle, exercices, audio, discussion, etc.)	
Présentation magistrale. Cahier du participant de 126 pages. Vidéo. Jeu de rôle.	
18. Durée de la formation	
Trois heures	
19. Évaluation (type)	
Deux types : Une évaluation de la satisfaction des participants. Une évaluation des effets du programme de formation, avant et après la formation (18 à 28 mois après la formation).	
20. Références scientifiques utilisées et actualisation	
La formation s'appuie sur une recension des écrits réalisée à la fin des années 90 et a été développée par un comité d'experts. La deuxième édition révisée date de 2004.	
21. Disponibilité et accessibilité de la formation	
Possible, mais il y a le besoin d'être actualisée.	
22. Coût	À déterminer
23. Souplesse : adaptabilité à différents milieux de pratique et types de professionnels	
S'adresse principalement aux médecins.	
24. Formation de formateurs (disponible ou non)	
Non disponible	
25. Commentaires	
Formation qui a besoin d'une mise à jour par rapport à certains éléments.	

Documents consultés pour compléter cette fiche :

Paradis F., Levaque R., Théorêt J. et L. Langlois. (2003). *Intervention auprès des victimes de violence conjugale. Trousse de formation à l'intention des médecins en médecine familiale. 2^e éd.* Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Direction régionale de santé publique, 123 p.

Formation 3 : Violence conjugale

1. Langue	Français		2. Année	2004 et réédité en 2008	
3. Auteur (s) et organisme	Fournier Nathalie, Paquin Guylaine, Verret Estelle. Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale				
4. Milieu de pratique visé	a) CLSC : oui	b) Milieu hospitalier : oui	c) Autre (spécifier) :		
5. Professionnels visés					
a) Intervenant psychosocial – TS	✓	d) Infirmiers	✓		
b) Médecin	✓	e) Autre			
c) Personnel de soutien (préposé, réceptionniste, etc.)	✓				
6. Clientèle visée :					
a) Femmes	✓				
b) Enfants	✓				
c) Conjointes ayant des comportements violents	✓				
7. Objectifs d'apprentissage					
• Avoir une vision commune de la violence conjugale. • Avoir une connaissance minimale sur la violence conjugale. • Comprendre la dynamique de la violence conjugale. • Mieux connaître les personnes impliquées dans la violence conjugale. • Développer des habiletés face à la recherche de cas de violence conjugale. • Développer des habiletés minimales d'intervention en violence conjugale. • Harmoniser les pratiques en violence conjugale.					
8. Contenu abordé					
Définition de la violence conjugale	✓	Cycle de la violence (propose un nouveau concept visuel du cycle qu'on appelle « les murs de la violence »)	✓		
Ampleur du problème	✓	Conjointes violentes	✓		
Responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux		Conséquences de la violence sur la victime	✓		
L'éthique de la problématique (confidentialité, sensibilité)		Exposition des enfants et conséquences	✓		
Les formes de la violence	✓	Procédure de signalement pour les enfants (cadre légal), savoir comment faire et quand	✓		
Autres : Réactions post-traumatiques et interventions, processus judiciaire	✓				

9. Processus d'identification préconisé
La recherche de cas est présentée pour les femmes victimes de violence conjugale, pour les enfants exposés à cette violence et pour les conjoints ayant des comportements violents. Des étapes et des attitudes facilitant l'intervention sont suggérées, ainsi que des principes généraux.
10. Indicateurs (signes et comportements)
a) chez la victime : Oui, sont présentés sous forme de conséquences de la violence ou sous forme de comportements observables. b) chez les enfants : Oui, sont présentés sous forme de conséquences de la violence ou sous forme de comportements observables. c) chez l'agresseur : Oui, des indicateurs personnels et relationnels sont proposés.
11. Outils d'identification précoce utilisés
Des exemples de questions sont présentés pour les trois types de clientèle. Pour les conjoints, un outil de dépistage des comportements violents, développé au Centre Ex-Equo, est présenté.
12. Évaluation de la dangerosité (outil ou démarche proposé – scénario de protection)
Un outil d'évaluation du risque d'homicide ou de dangerosité est proposé, ainsi qu'un outil du risque suicidaire.
13. Élaboration d'un scénario de protection avec la victime
Un modèle de scénario de protection est proposé pour la femme victime et un autre pour un enfant exposé à la violence conjugale.
14. Attitudes de l'intervenant abordées (empathie, compassion, écoute, etc.)
Pour la femme victime, des attitudes facilitant l'intervention sont présentées. Pour les enfants exposés, on présente les attitudes aidantes et les attitudes et comportements à éviter. Pour les hommes agresseurs, certaines attitudes sont proposées.
15. Procédure suggérée suite au dévoilement obtenu (référence, connaissance des services, etc.)
Après le dévoilement, on propose un suivi psychosocial. Des adresses sont disponibles pour des clientèles particulières. Remise d'un carnet d'adresses qui contient : de l'information sur la problématique, des moyens de protection, les recours possibles, des informations sur les ressources que la victime peut utiliser, et un répertoire téléphonique.
16. Soutien psychosocial pour les participants
Des consultations sont offertes au CLSC et un carnet d'adresses des ressources d'aide est remis sur demande.
17. Formule pédagogique utilisée (présentation magistrale, cahier du participant, vidéo, jeux de rôle exercices, audio, discussion, etc.)
Présentation magistrale, cahier du participant, vidéo, discussions.
18. Durée de la formation
Sept heures.
19. Évaluation (type)
a) Faite : Oui, après chaque formation. b) Type d'évaluation. c) Évaluation de la satisfaction des participants.

20. Références scientifiques utilisées et actualisation	
Valables et actualisées. La formation sera actualisée en 2008 à partir du <i>Guide d'intervention en matière de violence conjugale produit par le CSSS de la Vieille-Capitale</i> .	
21. Disponibilité et accessibilité de la formation	
Disponible pour la région 03. Pour informations sur le programme de formation : Marthe Larochelle, tél. 418 529-4777 poste 404 et télécopieur : 418 691-0716.	
22. Coût	Non déterminé
23. Souplesse : adaptabilité à différents milieux de pratique et types de professionnels	
Oui, a déjà été adapté pour des auxiliaires familiales.	
24. Formation de formateurs (disponible ou non)	
Possibilité de le faire, mais jamais réalisée.	
25. Commentaires	
L'information sur l'intervention en stress post-traumatisme est abordée, ainsi que la question des clientèles particulières. Le contenu de la formation a été intégré au guide d'intervention sous la forme d'outils pratiques pour les intervenantes.	

Sources consultées pour compléter cette fiche :

- Document de formation (2004)
- Guide d'intervention (2008)
- Madame Estelle Verret, auteure
- Madame Guylaine Paquin, auteure

Formation 4 : Dépistage et prévention de la violence conjugale à Laval

1. Langue	Français		2. Année	2008	
3. Auteur (s) et organisme	Centre de santé et de services sociaux de Laval				
4. Milieu de pratique visé	a) CLSC : oui	b) Milieu hospitalier	c) Autre : les organismes partenaires du milieu communautaire et institutionnel desservant le territoire du Centre de santé et de services sociaux de Laval (CSSSL).		
5. Professionnels visés					
a) Intervenant psychosocial – TS (psychologues, psychoéducateurs, auxiliaires familiales et sociales)		✓	d) Infirmiers		✓
b) Médecin		✓	e) Autre : nouveaux professionnels des quatre installations de première ligne n'ayant pas reçu la formation antérieure (conçue par le CLIPP), médecins en CLSC et en cliniques médicales et intervenants de certains organismes communautaires et partenaires institutionnels.		✓
c) Personnel de soutien (préposé, réceptionniste, etc.)					
6. Clientèle visée					
a) Femmes (les victimes sont abordées dans leur ensemble, hommes ou femmes)		✓	d) Autre : Couples à risque et clientèles particulières		✓
b) Enfants		✓			
c) Conjointes ayant des comportements violents (les agresseurs sont abordés dans leur ensemble, hommes ou femmes)		✓			
7. Objectifs d'apprentissage					
• Rendre explicites plusieurs notions importantes au sujet de la violence conjugale, en donnant des pistes d'intervention, afin de dépister les agresseurs (hommes ou femmes) et les victimes de violence conjugale, ainsi que les clientèles particulières. • Donner plusieurs lignes directrices d'intervention afin de permettre la prévention de la violence au sein des couples.					

8. Contenu abordé			
Définition de la violence conjugale	✓	Cycle de la violence. Un nouveau modèle d'explication du cycle de la violence conjugale est présenté aussi, soit le « processus de domination conjugale » où la violence est analysée sous un angle interactif et évolutif de domination et où ses manifestations sont vues comme une stratégie de contrôle parmi l'ensemble des stratégies utilisées pour instaurer la domination.	✓
Ampleur du problème	✓	Conjoints violents	✓
Responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux	✓	Conséquences de la violence sur la victime	✓
L'éthique de la problématique (confidentialité, sensibilité)	✓	Exposition des enfants et conséquences	✓
Les formes de la violence	✓	Procédure de signalement pour les enfants (cadre légal), savoir comment faire et quand	✓
Autre : Conflits dans le couple selon l'approche systémique; la demande des hommes; la violence au sein des couples homosexuels; les communautés culturelles; les hommes violentés.			✓
9. Processus d'identification préconisé			
On vise à identifier le plus efficacement possible les victimes, les agresseurs et les agresseuses et les enfants témoins/victimes de violence et à intervenir en tenant compte de leur situation et de leurs besoins particuliers. À l'étape du dépistage, le plus important est que l'intervenant découvre que son client subit de la violence ou est agresseur. Les étapes proposées suivent celles suggérées par l'outil du CLSC de St-Hubert, soit l'utilisation d'une grille d'observation qui permet à l'intervenant de rester vigilant sur les signes potentiels de violence. D'autres outils (grilles, questionnaires) sont aussi proposés pour les agresseurs et les clientèles particulières. Ensuite, et si l'intervenant le juge à propos, il entame une entrevue de dépistage en utilisant une grille d'aide à l'entrevue. Par la suite, on propose de faire une intervention minimale pour la victime ou l'agresseur (selon le cas), incluant 1) l'évaluation du danger et l'établissement d'un scénario de protection; 2) le soutien à la personne (victime ou agresseur) afin qu'elle puisse prendre conscience de son état, ainsi que 3) la référence ou la remise d'informations pertinentes.			
10. Indicateurs (signes et comportements)			
On propose d'utiliser les grilles d'observation du <i>Protocole de dépistage de la violence conjugale</i> développé par le CLSC St-Hubert, ainsi que les grilles d'observation développées par les intervenantes du CSSS de Laval pour les agresseurs et les clientèles particulières. Il est indiqué qu'il n'y a pas de portrait type ni pour les agresseurs ni pour les victimes et qu'il y a même un danger à tenter d'établir ce type de profil.			

11. Outils d'identification précoce utilisés
Pour les victimes : - Les outils proposés proviennent du <i>Protocole de dépistage de la violence conjugale</i> développé par le CSLC St-Hubert, soit la grille d'observation et une grille d'aide à l'entrevue. Pour les agresseurs : - On propose une grille d'observation développée à l'interne par les intervenantes du CSSS de Laval, de même que les éléments nécessaires pour réaliser une entrevue de dépistage. L'intervention minimale et les pistes d'intervention sont aussi abordées pour faire face à ces situations. - On aborde des éléments liés à l'intervention minimale et aux pistes d'intervention dans les cas des clientèles particulières (couples homosexuels, communautés culturelles, hommes violents).
12. Évaluation de la dangerosité (outil ou démarche proposé – scénario de protection)
On aborde la question du risque homicide et suicidaire.
13. Élaboration d'un scénario de protection avec la victime
Un aide-mémoire permet d'établir le scénario de protection.
14. Attitudes de l'intervenant abordées (empathie, compassion, écoute, etc.)
Les attitudes à privilégier de la part des intervenants sont abordées tout au long de la formation et plus spécifiquement lorsqu'on parle de l'intervention minimale. On aborde cette question pour l'intervention auprès des victimes (hommes ou femmes), des agresseurs, des enfants, des couples homosexuels et des communautés culturelles.
15. Procédure à suivre une fois le dévoilement obtenu (référer, connaissance des services, etc.)
Un répertoire de ressources en violence accompagne le document. Les principaux services offerts par les organismes partenaires sont expliqués.
16. Soutien psychosocial pour les participants
—
17. Formule pédagogique utilisée (présentation magistrale, cahier du participant, vidéo, jeux de rôle, exercices, audio, discussion, etc.)
Présentation magistrale, exercices et discussion et présentation PowerPoint. Un cahier du participant est remis sur demande.
18. Durée de la formation
Sept heures.
19. Évaluation (type)
Formulaire d'appréciation complété par les participants après la formation. Un bilan des formations données a aussi été produit.
20. Références scientifiques utilisées et actualisation
Une bibliographie accompagne le document de présentation. Elle inclut des documents scientifiques, universitaires, gouvernementaux, ainsi que des travaux de différentes organisations qui oeuvrent dans le domaine sur le territoire de Laval ou ailleurs dans la province. Les documents les plus récents datent de 2006.
21. Disponibilité et accessibilité de la formation
La formation a été développée pour le territoire du CSSS de Laval, mais des ententes pourraient être évaluées et établies avec d'autres régions au besoin.

22. Coût	Non applicable pour le territoire du CSSS de Laval
23. Souplesse : adaptabilité à différents milieux de pratique et types de professionnels	
La formation est adaptée selon le profil des participants (leur milieu d'intervention, leur pratique, etc.).	
24. Formation de formateurs (disponible ou non)	
Non	
25. Commentaires	
Ce projet fait suite à l'implantation dans la région de Laval en 2003, du protocole de dépistage systématique de la violence conjugale développé par le CLSC St-Hubert. En 2006, et après avoir fait le bilan et la mise à jour des formations réalisées en 2003, les intervenants du CSSS ont décidé de réutiliser certains outils proposés par le projet du CLSC St-Hubert, tout en élargissant le spectre des clientèles visées par le dépistage et en abordant la problématique avec plusieurs approches ou perspectives théoriques (féministe, féministe matérialiste, systémique, psychologique, différenciée selon les sexes, interculturelle).	

Sources consultées pour compléter cette fiche :

- Bouchard, Louise et Leblanc, Martine (2006). *Dépistage et prévention de la violence conjugale à Laval*. Centre de santé et des services sociaux de Laval. 45 pages.
- Dépistage et prévention de la violence conjugale à Laval. Plan de la journée, 1 page.
- Madame Louise Bouchard du CLSC Ste-Rose.

Formation 5 : Formation suivant le protocole d'identification précoce et d'intervention en violence conjugale dans les CSSS de l'Estrie

1. Langue		Français		2. Année		2006	
3. Auteur (s) et organisme			CSSS de la MRC de Coaticook avec le matériel développé par les Centres de santé et de services sociaux de l'Estrie et l'Agence de la santé et de services sociaux de l'Estrie				
4. Milieu de pratique visé			a) CLSC		b) Milieu hospitalier		c) Autre : CSSS de la région de l'Estrie
5. Professionnels visés							
a) Intervenant psychosocial – TS						d) Infirmiers	
b) Médecin : Ne font pas partie de la clientèle visée. Les médecins devraient être formés par une personne de leur corps professionnel						e) Autre : Ensemble du personnel professionnel des CSSS de l'Estrie qui est en contact avec la clientèle. En priorité le personnel de l'urgence et des établissements avec une mission CLSC	
c) Personnel de soutien (préposé, réceptionniste, etc.)							
6. Clientèle visée							
a) Femmes ⁸				✓			
b) Enfants							
c) Conjointes ayant des comportements violents							
7. Objectifs d'apprentissage							
• Posséder un minimum de connaissances sur la problématique et/ou mettre ses connaissances à niveau. • Être en mesure d'utiliser des outils d'identification précoce ou de dépistage de la violence conjugale dans le cadre de son travail.							
8. Contenu abordé							
Définition de la violence conjugale				✓		Cycle de la violence (propose un nouveau concept visuel du cycle qu'on appelle « les murs de la violence »)	
Ampleur du problème				✓		Conjointes violentes	
Responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux				✓		Conséquences de la violence sur la victime	
L'éthique de la problématique (confidentialité, sensibilité)				✓		Exposition des enfants et conséquences	
Les formes de la violence				✓		Procédure de signalement pour les enfants (cadre légal), savoir comment faire et quand	
Autre (spécifier)							

⁸ En premier lieu les victimes féminines vivant une relation de couple hétérosexuel, mais peut s'appliquer aux autres clientèles victimes, hommes ou femmes, vivant une relation de couple hétérosexuel ou homosexuel.

⁹ Pour les cas d'agression sexuelle.

9. Processus d'identification préconisé
La démarche proposée implique une approche multidisciplinaire qui interpelle l'ensemble du personnel professionnel. On vise une « vigilance en permanence » pour toutes les femmes qui consultent ou demandent de l'aide ou des services pour elles-mêmes. On préconise une approche en 4 phases : 1) l'observation des indices; 2) le questionnement en cas de suspicion à l'aide des questions guides; 3) le questionnement direct sur les comportements non physiques, physiques et sexuels; 4) l'évaluation du risque et scénario de protection de même que la référence et l'accompagnement immédiat.
10. Indicateurs (signes et comportements)
On donne une liste d'indices de violence à observer chez les victimes, mais on indique qu'ils ne sont pas exhaustifs et qu'ils ne doivent pas être interprétés de façon limitative, mais être considérés dans leur ensemble. La même chose s'applique pour les indices présentés qui concernent les enfants et les agresseurs.
11. Outils d'identification précoce utilisés
Les outils proposés le sont à titre indicatif et sont présentés selon une séquence de gestes à poser. On indique que cette séquence peut varier en fonction des contextes d'intervention et de la variété des besoins qui peuvent différer d'une situation à l'autre. On réitère l'importance de maintenir une « vigilance permanente ». On offre une liste plastifiée d'indices (concernant la victime et son partenaire). On propose d'utiliser aussi les questions guides tirées du protocole de dépistage de la violence conjugale développé par le CRI-VIFF.
12. Évaluation de la dangerosité (outil ou démarche proposé – scénario de protection)
Une démarche pour évaluer le risque de danger est présentée pour une situation avant et après crise.
13. Élaboration d'un scénario de protection avec la victime
La façon d'établir un scénario de protection avec la victime est abordée.
14. Attitudes de l'intervenant abordées (empathie, compassion, écoute, etc.)
Pour toutes les situations d'intervention en situation de crise ou après détection, on énumère des « principes de base » qui impliquent d'offrir un accueil chaleureux, permettre à la victime d'exprimer librement et à son rythme ses émotions et ses sentiments, ainsi que soutenir la victime afin qu'elle prenne confiance en elle-même.
15. Procédure à suivre une fois le dévoilement obtenu (référer, connaissance des services, etc.)
Dans le cas où la référence immédiate ne peut se concrétiser dès que les doutes sont confirmés, il est proposé de poursuivre la démarche avec un questionnement plus poussé avec la victime, une prise de position claire de la part de l'intervenant, l'établissement d'un scénario de protection et l'évaluation de la dangerosité, ainsi que la remise d'un guide des ressources et la référence aux services appropriés.
16. Soutien psychosocial pour les participants
—
17. Formule pédagogique utilisée (présentation magistrale, cahier du participant, vidéo, jeux de rôle exercices, audio, discussion, etc.)
Document vidéo (de la formation du CLIPP), présentation PowerPoint, acétates.
18. Durée de la formation
Trois heures.

19. Évaluation (type)	
Formulaire d'appréciation à compléter par les participants après la formation.	
20. Références scientifiques utilisées et actualisation	
Le document <i>Guide pour l'implantation d'un protocole d'identification précoce</i> ne présente pas de bibliographie. Cependant, dans le texte, on fait référence à des textes produits par des experts québécois dans le domaine de la violence conjugale, de même qu'à des outils d'identification développés par le CRI-VIFF. Aussi, des productions des instances œuvrant dans le domaine de la santé dans la région de l'Estrie sont citées en référence.	
21. Disponibilité et accessibilité de la formation	
Disponible au CSSS de la MRC de Coaticook auprès de M. Yvan Cloutier.	
22. Coût	Aucuns frais, car la formation est offerte au personnel à l'interne.
23. Souplesse : adaptabilité à différents milieux de pratique et types de professionnels	
—	
24. Formation de formateurs (disponible ou non)	
Le Guide d'implantation du protocole d'identification précoce suggère dans la section « Stratégies de mise en place » d'avoir des équipes de formation, ainsi qu'un plan de formation sur la problématique et un plan de diffusion des outils de travail dans chaque CSSS. Il est préférable, dit-on, « que chaque groupe de professionnels soit sensibilisé par un des membres de leur corps professionnel ». À défaut de faire cela, il est suggéré de mettre en place une équipe de deux personnes formatrices, l'une du domaine de la santé, l'autre du domaine social.	
25. Commentaires	
La démarche initiale dans les CSSS de l'Estrie fait suite à l'abandon de l'utilisation de l'outil de dépistage systématique qui avait été implanté en 1999 au Québec. En janvier 2005, un inventaire des initiatives en lien avec l'identification de la violence conjugale, de même qu'une analyse des outils d'identification et des modes d'intervention potentiellement disponibles ont été faits. Certains outils et des procédures ont été retenus pour être implantés dans le territoire des CSSS de l'Estrie. Un guide pour l'implantation d'un protocole d'identification précoce et d'intervention dans les CSSS de l'Estrie a été produit. Ce guide propose : 1) des outils permettant d'identifier les femmes victimes de violence conjugale utilisatrices de services de santé et de services sociaux des CSSS Estriens; 2) un modèle d'accueil, de référence et d'intervention en CSSS et 3) une stratégie de mise en place d'un protocole d'identification précoce et d'intervention dans les CSSS.	

Documents consultés pour compléter cette fiche :

- *Guide pour l'implantation d'un protocole d'identification précoce et d'intervention en violence conjugale dans les CSSS de l'Estrie* (2006). Centre de santé et de services sociaux de l'Estrie et Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 22 pages.
- Présentation PowerPoint de la formation « Identification précoce de la violence conjugale ».
- Deux outils plastifiés remis aux participants intitulés *Indices de la violence conjugale* et *Identification précoce de la violence conjugale* (présentant le cycle de la violence, des questions guides pour les entrevues, des facteurs associés à la violence conjugale, de même que des listes de conséquences et de signes à observer chez la victime et chez le partenaire agresseur).
- Discussion téléphonique avec M. Yvan Cloutier (psychologue au Centre de santé et de services sociaux de la MRC de Coaticook).

Formation 6 : Vécu des enfants exposés à la violence conjugale : activité de sensibilisation
Intervention auprès d'un enfant exposé à la violence conjugale activité de formation

1. Langue	Français		2. Année	2005	
3. Auteur (s) et organisme	Pour le 1 ^{er} volet : Louise Arseneau, Christiane Lampron, Renée Levaque et France Paradis. Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale. Pour le 2 ^e volet : Louise Arseneau, Christiane Lampron, Rhéa Delisle, Marie-Claude Beaulieu, France Paradis. Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale.				
4. Milieu de pratique visé	a) CLSC : oui	b) Milieu hospitalier : oui	c) Autre : Organismes communautaires, milieux scolaires, de garde, judiciaires, policiers, centres jeunesse, etc.		
5. Professionnels visés					
a) Intervenant psychosocial – TS			✓	d) Infirmiers	✓
b) Médecin			✓	e) Autre : Voir milieux de pratique visés	✓
c) Personnel de soutien (préposé, réceptionniste, etc.)					
6. Clientèle visée					
a) Femmes					
b) Enfants ¹⁰			✓		
c) Conjointes ayant des comportements violents					
7. Objectifs d'apprentissage					
<i>Objectif général :</i> Ces activités visent à soutenir les intervenants dans leurs efforts pour répondre aux besoins particuliers des enfants exposés à la violence conjugale par une intervention précoce, appropriée, concertée et intersectorielle auprès d'eux. <i>Objectifs spécifiques :</i> Au terme des activités, les participants : • auront une meilleure connaissance de la problématique des enfants exposés; • seront mieux outillés pour répondre adéquatement à leurs besoins; • reconnaîtront l'importance d'une action concertée et intersectorielle pour aider les enfants exposés.					

¹⁰ Et les mères.

8. Contenu abordé			
Définition de la violence conjugale	✓	Cycle de la violence (propose un nouveau concept visuel du cycle qu'on appelle « les murs de la violence »)	✓
Ampleur du problème	✓	Conjoints violents	
Responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux		Conséquences de la violence sur la victime	✓
L'éthique de la problématique (confidentialité, sensibilité)	✓	Exposition des enfants et conséquences	✓
Les formes de la violence		Procédure de signalement pour les enfants (cadre légal), savoir comment faire et quand	✓
Autres : Mythes et réalités, facteurs de protection favorisant la résilience dans le deuxième volet, difficultés liées à la reconnaissance de cas, attitudes à privilégier, différence entre le syndrome de stress post-traumatique et le THADA, importance de la concertation intersectorielle, références stress de compassion.			✓
9. Processus d'identification préconisé			
Volet 1 : On aborde tout d'abord les difficultés liées à la reconnaissance de cas, puis les principaux signes de l'exposition à la violence conjugale, la conduite à tenir avec un enfant exposé à la violence conjugale en dix points, et enfin, les actions ou les attitudes à éviter. Volet 2 : Un processus sous forme de tableau est proposé, que ce soit avant, après ou lors du dévoilement de la situation de violence conjugale.			
10. Indicateurs (signes et comportements)			
a) chez la victime : Oui, dans le deuxième volet b) chez les enfants : Oui c) chez l'agresseur : Oui, dans le deuxième volet			
11. Outils d'identification précoce utilisés			
Des exemples de questions à poser à l'enfant sont proposés, tant dans le premier volet que dans le deuxième. Dans le volet deux, des questions sont proposées pour favoriser le dévoilement de la situation de violence conjugale par la mère.			
12. Évaluation de la dangerosité (outil ou démarche proposé – scénario de protection)			
Dans le volet deux, une démarche est proposée afin d'assurer la sécurité de l'enfant tant auprès de la mère qu'auprès du père. On suggère d'élaborer un scénario de protection et de planifier des mesures de sécurité.			
13. Élaboration d'un scénario de protection avec la victime			
Un plan de sécurité à établir avec l'enfant est présenté dans le volet deux (annexe 1). Un scénario de protection personnalisé est proposé en annexe 4 du volet deux.			
14. Attitudes de l'intervenant abordées (empathie, compassion, écoute, etc.)			
Dans les deux volets, on décrit des attitudes à privilégier. Dans le volet un, on décrit les attitudes à éviter.			

15. Procédure à suivre une fois le dévoilement obtenu (référer, connaissance des services, etc.)	
Un processus détaillé d'intervention lors des premiers contacts est présenté dans le volet deux. On y décrit les actions à adopter avant, pendant et après le dévoilement, tant auprès de l'enfant que de la mère.	
16. Soutien psychosocial pour les participants	
Au début de chaque volet, on avise les participants qu'ils peuvent avoir des réactions, que c'est normal, qu'ils peuvent quitter la salle ou venir rencontrer un des deux animateurs à la pause ou à la fin de la journée. Dans le volet deux, on traite du stress de compassion ou traumatisme vicariant : principaux effets sur la personne et sur le fonctionnement au travail, facteurs contributifs et mesures pour le contrer.	
17. Formule pédagogique utilisée (présentation magistrale, cahier du participant, vidéo, jeux de rôle exercices, audio, discussion, etc.)	
Plusieurs formules sont utilisées : présentation magistrale, cahier du participant, musique, exemples de cas, vidéo de quatorze minutes, exercices sollicitant le monde rationnel et celui du senti et de l'imaginaire, audio (l'histoire 911), discussions entre les participants, exercices individuels.	
18. Durée de la formation	
Chaque volet dure une journée. Il est possible de modifier l'horaire pour répondre aux besoins de chaque milieu.	
19. Évaluation (type)	
Évaluation de la satisfaction des participants.	
20. Références scientifiques utilisées et actualisation	
Références scientifiques très complètes et à jour en 2005.	
21. Disponibilité et accessibilité de la formation	
Projet de formation de formateurs afin de la rendre disponible et accessible.	
22. Coût	—
23. Souplesse : adaptabilité à différents milieux de pratique et types de professionnels	
Formation très souple.	
24. Formation de formateurs (disponible ou non)	
Offerte à la fin de 2008.	
25. Commentaires	
Une particularité de la formation réside dans son approche. L'animation fait en effet appel au monde rationnel et à celui de l'imaginaire et du senti. Elle permet aux participants « d'entrer en contact » avec les enfants exposés.	

Sources consultées pour compléter la fiche :

- Arseneau, L., Lampron, C., Delisle, R. Beaulieu, M.-C. et Paradis, F. (2005). *L'intervention auprès d'un enfant exposé à la violence conjugale. Activité de formation*. Beauport, Direction régionale de santé publique de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 172 p.
- Arseneau, L., Lampron, C., Levaque, R., Paradis, F. (2005). *La violence conjugale. Activité de sensibilisation dans le cadre du projet « Les enfants (0-12 ans) exposés à la violence conjugale : projet d'intervention concertée et intersectorielle dans la région de Québec »*. Beauport, Direction régionale de santé publique de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 118 p.

Formation 7 : Problématique de la violence conjugale : formation de base

1. Langue		Français		2. Année		1996 (mise à jour en 2008)			
3. Auteur (s) et organisme			Comité priorité violence conjugale (CPVC)						
4. Milieu de pratique visé			a) CLSC : oui		b) Milieu hospitalier : oui		c) Autre : organismes communautaires, maisons d'hébergement, DPJ, CPE, CLE, SQ, services policiers, intervenants des programmes en petite enfance et en périnatalité, etc.		
5. Professionnels visés									
a) Intervenant psychosocial – TS				✓		d) Infirmiers		✓	
b) Médecin				✓		e) Autre : Tous les intervenants pouvant rencontrer des situations de violence conjugale dans le cadre de leur travail (psychologues, policiers, ARH, etc.)		✓	
c) Personnel de soutien (préposé, réceptionniste, etc.)				✓					
6. Clientèle visée									
a) Femmes				✓					
b) Enfants									
c) Conjointes ayant des comportements violents									
7. Objectifs d'apprentissage									
• Connaître la réalité des victimes de violence conjugale; • Évaluer la présence de violence conjugale chez les femmes qui consultent; • Comprendre les effets de la violence conjugale chez les victimes et les identifier chez les personnes qui consultent; • Connaître les mythes et les préjugés sociaux sur la violence conjugale et déterminer leurs effets sur les victimes, leurs proches et les intervenants; • Connaître les ressources en matière de violence conjugale; • Intervenir en tenant compte de la réalité particulière et des besoins des femmes et de leurs enfants.									
8. Contenu abordé :									
Définition de la violence conjugale				✓		Cycle de la violence		✓	
Ampleur du problème				✓		Conjointes violents			
Responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux						Conséquences de la violence sur la victime		✓	
L'éthique de la problématique (confidentialité, sensibilité)						Exposition des enfants et conséquences			
Les formes de la violence				✓		Procédure de signalement pour les enfants (cadre légal), savoir comment faire et quand			
Autre : Rapports de pouvoir en violence conjugale, rupture évolutive, état de stress post-traumatique				✓					

9. Processus d'identification préconisé	
Procédure de dépistage systématique pour toutes les femmes qui sont rencontrées.	
10. Indicateurs (signes et comportements)	
Effets de la violence sur la victime, comportements de la victime, comportements de l'agresseur.	
11. Outils d'identification précoce utilisés	
Trousse d'outils DÉDRI (dépistage, évaluation, documentation, référence, intervention) est proposée comme outil d'identification. Les outils sont adaptés selon la mission et le rôle des intervenants qui les utilisent.	
12. Évaluation de la dangerosité (outil ou démarche proposé - scénario de protection)	
Cette question est abordée dans le processus d'évaluation du problème.	
13. Élaboration d'un scénario de protection avec la victime	
L'utilité des scénarios de protection et la procédure à suivre pour les développer sont abordées durant la formation.	
14. Attitudes de l'intervenant abordées (empathie, compassion, écoute, etc.)	
Un accent important est mis sur le savoir-être en intervention et sur la compréhension de la problématique et de la réalité des victimes.	
15. Procédure à suivre une fois le dévoilement obtenu (référer, connaissance des services, etc.)	
La formation aborde les différentes ressources pouvant être utiles aux victimes de violence conjugale et explore de quelle façon les intervenants peuvent soutenir les victimes à l'intérieur des limites de leurs rôles respectifs.	
16. Soutien psychosocial pour les participants	
Disponible sur demande.	
17. Formule pédagogique utilisée (présentation magistrale, cahier du participant, vidéo, jeux de rôle exercices, audio, discussion, etc.)	
Exposés théoriques, échanges avec les participants, mises en situation, visionnement de vignettes. Le contenu de la formation est remis aux participants sous forme d'un cahier.	
18. Durée de la formation	
Sept heures.	
19. Évaluation (type)	
Un formulaire d'évaluation est rempli par les participants à la fin de la formation.	
20. Références scientifiques utilisées et actualisation	
La formation a été développée à partir de sources scientifiques qui sont présentées dans la documentation remise aux participants.	
21. Disponibilité et accessibilité de la formation	
auprès du CPVC Téléphone : 514 850-0786 Télécopieur : 514 850-0642 Courriel : cpvc@arobas.net Site Web : http://www.geocities.com/cpvc1/index.html	
22. Coût	Tarif communautaire : 500 \$ Tarif institutionnel : 900 \$

23. Souplesse : adaptabilité à différents milieux de pratique et types de professionnels
Le CPVC offre des formations qui peuvent être ajustées selon les réalités particulières de chaque milieu de travail.
24. Formation de formateurs (disponible ou non)
Oui
25. Commentaires
Le CPVC offre une série de formations en violence conjugale : plusieurs formations sur la réalité et l'intervention auprès des enfants exposés à la violence conjugale et auprès de leurs parents, stress post-traumatique et violence conjugale, violence conjugale et diversité culturelle, revictimisation et victimisation secondaire chez les victimes de violence, problématiques multiples en violence conjugale, etc. Celui-ci constitue un préalable pour pouvoir suivre les autres formations.

Documents consultés pour compléter cette fiche :

- Site Web du CPVC à l'adresse : [//www.geocities.com/cpvc1/index.html](http://www.geocities.com/cpvc1/index.html).
- CPVC, Problématique de la violence conjugale : Formation de base, Plan de l'atelier, 2 pages.
- CPVC, Présentation du DÉDRI. Trousse d'outils en violence conjugale, Dépistage, Évaluation, Documentation, Référence et Intervention, 1 page.
- Communication téléphonique avec M^{me} Claudine Thibaudeau, coordonnatrice et formatrice au CPVC.

Formation 8 : Réalité et dépistage des enfants exposés à la violence conjugale

1. Langue	Français		2. Année	1999 (mise à jour en 2008)	
3. Auteur (s) et organisme	Comité priorité violence conjugale (CPVC)				
4. Milieu de pratique visé	a) CLSC : oui	b) Milieu hospitalier : oui	c) Autre (spécifier) : organismes communautaires, maisons d'hébergement, DPJ, CPE, CLE, SQ, services policiers, intervenants des programmes en petite enfance et en périnatalité, etc.		
5. Professionnels visés					
a) Intervenant psychosocial – TS		✓	d) Infirmiers		✓
b) Médecin		✓	e) Autre : Tous les intervenants pouvant rencontrer des situations de violence conjugale dans le cadre de leur travail (psychologues, policiers, ARH, etc.)		✓
c) Personnel de soutien (préposé, réceptionniste, etc.)		✓			
6. Clientèle visée					
a) Femmes					
b) Enfants		✓			
c) Conjointes ayant des comportements violents					
7. Objectifs d'apprentissage					
• Comprendre la réalité des enfants exposés à la violence conjugale; • Cerner les rapports de pouvoir dans la famille où existe la violence conjugale et comprendre la position des enfants dans ces rapports de pouvoir; • Connaître les effets de la violence conjugale sur les enfants qui y sont exposés, sur la relation mère-enfant et sur la relation père-enfant; • Connaître les mythes et les préjugés sociaux sur les enfants exposés à la violence conjugale et identifier leurs effets sur les enfants eux-mêmes, sur la relation mère-enfant et sur les intervenants; • Dépister les enfants qui sont exposés à la violence conjugale; • Intervenir en tenant compte de la réalité et des besoins particuliers des enfants exposés à la violence conjugale.					

8. Contenu abordé			
Définition de la violence conjugale	✓	Cycle de la violence	✓
Ampleur du problème	✓	Conjoints violents	
Responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux	✓	Conséquences de la violence sur la victime	✓
L'éthique de la problématique (confidentialité, sensibilité)	✓	Exposition des enfants et conséquences	✓
Les formes de la violence	✓	Procédure de signalement pour les enfants (cadre légal), savoir comment faire et quand	✓
Autre : Étant donné que la formation vise les enfants exposés à la violence conjugale, les thèmes abordés sont plus spécifiques à cette clientèle : perception des enfants, rapports de pouvoir dans la famille qui vit la violence conjugale, effets de la violence conjugale sur la relation mère-enfant, sur la relation père-enfant, difficultés de dépistage, enjeux particuliers, intervention auprès des enfants exposés, etc.			✓
9. Processus d'identification préconisé			
Procédure de dépistage systématique pour tous les enfants. On encourage les participants à demeurer vigilants et sensibles face aux signes d'exposition à la violence conjugale. On cherchera à dépister les parents et, tout dépendamment du rôle de l'intervenant, procéder à une intervention minimale et référer aux ressources appropriées.			
10. Indicateurs (signes et comportements)			
Dépistage des parents, effets de la violence sur l'enfant, comportements de l'enfant, violence directe envers l'enfant.			
11. Outils d'identification précoce utilisés			
La trousse d'outils DÉDRI (dépistage, évaluation, documentation, référence, intervention) est proposée comme outil d'identification. Les outils sont adaptés selon la mission et le rôle des intervenants qui l'utilisent.			
12. Évaluation de la dangerosité (outil ou démarche proposé - scénario de protection)			
Les questions d'évaluation de la dangerosité sont incluses dans le processus d'évaluation du problème.			
13. Élaboration d'un scénario de protection avec la victime			
L'utilité des scénarios de protection avec les enfants exposés et la procédure à suivre pour les développer sont abordées durant la formation.			
14. Attitudes de l'intervenant abordées (empathie, compassion, écoute, etc.)			
Une emphase importante est mise sur le savoir-être en intervention et sur la compréhension de la réalité des enfants exposés.			
15. Procédure à suivre une fois le dévoilement obtenu (référer, connaissance des services, etc.)			
La formation aborde les différentes ressources pouvant être utiles aux victimes de violence conjugale et à leurs enfants. Elle explore de quelle façon les intervenants peuvent soutenir les enfants exposés et leurs parents à l'intérieur des limites de leurs rôles respectifs.			
16. Soutien psychosocial pour les participants			
Disponible sur demande.			

17. Formule pédagogique utilisée (présentation magistrale, cahier du participant, vidéo, jeux de rôle, exercices, audio, discussion, etc.)	
Exposés théoriques, échanges avec les participants, mises en situation, visionnement de vignettes. Le contenu de la formation est remis aux participants sous forme d'un cahier.	
18. Durée de la formation	
Sept heures.	
19. Évaluation (type)	
Un formulaire d'évaluation est rempli par les participants à la fin de la formation.	
20. Références scientifiques utilisées et actualisation	
La formation a été développée à partir de sources scientifiques qui sont présentées dans la documentation remise aux participants.	
21. Disponibilité et accessibilité de la formation	
auprès du CPVC Téléphone : 514 850-0786 Télécopieur : 514 850-0642 Courriel : cpvc@arobas.net Site Web : http://www.geocities.com/cpvc1/index.html	
22. Coût	Tarif communautaire : 500 \$ Tarif institutionnel : 900 \$
23. Souplesse : adaptabilité à différents milieux de pratique et types de professionnels	
Le CPVC offre des formations qui peuvent être ajustées selon les réalités particulières de chaque milieu de travail.	
24. Formation de formateurs (disponible ou non)	
Oui	
25. Commentaires	
Le CPVC offre une série de formations sur les enfants exposés à la violence conjugale (intervention individuelle auprès des enfants exposés à la violence conjugale, intervention auprès des mères victimes de violence conjugale, analyse de situations d'enfants exposés à la violence conjugale). La formation décrite dans cette fiche constitue un préalable pour suivre les autres formations.	

Documents consultés pour compléter cette fiche :

- Site Web du CPVC à l'adresse : [//www.geocities.com/cpvc1/index.html](http://www.geocities.com/cpvc1/index.html).
- CPVC, Réalité et dépistage des enfants exposés à la violence conjugale, Plan de l'atelier, 2 pages.
- CPVC, Présentation du DEDRI, Trousse d'outils en violence conjugale Dépistage, Évaluation, Documentation, Référence et Intervention, 1 page.
- Communication téléphonique avec M^{me} Claudine Thibaut, coordonnatrice et formatrice au CPVC.

Formation 9 : Repérage et référence des clientèles masculines aux services d'aide en matière de violence conjugale

1. Langue	Français		2. Année	2007
3. Auteur (s) et organisme	Via l'Anse « Apprendre à se reconnaître dans la non-violence »			
4. Milieu de pratique visé	a) CLSC : oui	b) Milieu hospitalier : oui	c) Autre : Professionnels de la santé et des services sociaux et leurs partenaires sur le territoire de la Montérégie	
5. Professionnels visés				
a) Intervenant psychosocial – TS	✓	d) Infirmiers	✓	
b) Médecin	✓	e) Autre : organismes communautaires	✓	
c) Personnel de soutien (préposé, réceptionniste, etc.)	✓			
6. Clientèle visée				
a) Femmes				
b) Enfants				
c) Conjointes ayant des comportements violents	✓			
7. Objectifs d'apprentissage				
Acquérir les connaissances nécessaires pour faciliter les pratiques d'identification précoce des situations de violence conjugale auprès des clientèles masculines et la référence vers les ressources d'intervention appropriées.				
8. Contenu abordé				
Définition de la violence conjugale	✓	Cycle de la violence		
Ampleur du problème	✓	Conjointes violentes	✓	
Responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux		Conséquences de la violence sur la victime		
L'éthique de la problématique (confidentialité, sensibilité)	✓	Exposition des enfants et conséquences		
Les formes de la violence		Procédure de signalement pour les enfants (cadre légal), savoir comment faire et quand		
Autre : des dimensions propres à l'intervention auprès des conjointes qui exercent de la violence, le changement individuel et ses dimensions sociales. On aborde aussi la question des clientèles particulières et les hommes victimes.				✓
9. Processus d'identification préconisé				
On invite les intervenants à reconnaître les indices de la violence pour ensuite suggérer la problématique de la violence comme hypothèse de départ avec la personne et finalement proposer une entrevue de détection dans laquelle il est possible d'évaluer la situation particulière de l'individu contenant des informations sur les comportements violents, la dynamique du pouvoir, les impacts de la violence et les risques pour la sécurité des personnes.				
10. Indicateurs (signes et comportements)				
On propose une liste d'indices de comportements violents, mais on précise qu'ils doivent être utilisés avec prudence, car ils peuvent varier considérablement d'un individu à l'autre et peuvent induire l'intervenant dans l'erreur.				

11. Outils d'identification précoce utilisés
On propose d'utiliser un outil dénommé CCRO (Conflit, Colère, Regrets, Outils) qui est en phase de construction et qui est développé grâce à la participation de l'Université Laval, le CRI-VIFF et Via L'Anse. L'outil contient une série de questions qui peuvent servir de guide une fois les signes repérés. L'idée est de soutenir l'intervenant pour qu'il puisse faire une entrevue de détection et qu'il puisse avoir des questions qui lui servent de point de repère ou de départ. On souligne que plusieurs auteurs font ressortir les limites des outils de détection : être peu adaptés aux clientèles vivant des réalités particulières, comporter des biais ou mal caractériser les comportements violents.
12. Évaluation de la dangerosité (outil ou démarche proposé - scénario de protection)
On aborde la question de l'évaluation des risques reliés à l'homicide.
13. Élaboration d'un scénario de protection avec la victime
La question n'est pas abordée de la même façon avec le conjoint violent, mais on parle de gestion du risque et on utilise la grille d'imminence du danger, développée par la criminologue Christine Drouin. On cherche à établir avec la personne un scénario de protection en tant qu'agresseur. On encourage les intervenants à contacter et mieux connaître les ressources spécialisées pour les agresseurs dans leur région.
14. Attitudes de l'intervenant abordées (empathie, compassion, écoute, etc.)
On parle de l'accueil des clientèles masculines et des défis particuliers que les intervenants doivent surmonter pour venir en aide à ces personnes (empathie, lien de confiance, responsabilisation, espoir). On aborde les enjeux de la protection de la victime et de l'agresseur.
15. Procédure à suivre une fois le dévoilement obtenu (référer, connaissance des services, etc.)
On discute du besoin d'arrimage avec les organismes spécialisés et le besoin de mécanismes de référence. Si possible, ces organismes sont invités à participer aux formations afin qu'ils puissent présenter leur offre de services.
16. Soutien psychosocial pour les participants
On insiste sur l'importance de se questionner sur le vécu des participants en ce qui concerne les comportements violents, car cela peut avoir un impact sur la réception du message du formateur. De plus, on mentionne la possibilité qu'ont les participants de contacter les ressources d'aide de la région (Via l'Anse ou les maisons d'hébergement).
17. Formule pédagogique utilisée (présentation magistrale, cahier du participant, vidéo, jeux de rôle exercices, audio, discussion, etc.)
Exposés interactifs, expérimentation par jeux de rôle et échanges avec les participants.
18. Durée de la formation
Sept heures
19. Évaluation (type)
On questionne verbalement les participants sur leur satisfaction face à la formation.
20. Références scientifiques utilisées et actualisation
L'organisme est en lien avec des chercheurs dans le domaine de la violence. Les références aux auteurs québécois en matière sont présentes.
21. Disponibilité et accessibilité de la formation
Contacteur M. Mario Trépanier (formateur) Téléphone : 450 370-3200 vialanse@rocler.qc.ca

22. Coût	490 \$ + frais de photocopies (coût pouvant varier en fonction des frais de déplacement et d'hébergement du formateur)
23. Souplesse : adaptabilité à différents milieux de pratique et types de professionnels	
	Le formateur adapte le contenu (exemples, procédures, etc.) selon le milieu où il donne la formation. La liaison avec les organisations régionales traitant des hommes violents est faite lorsque possible.
24. Formation de formateurs (disponible ou non)	
	—
25. Commentaires	
	Cette formation bénéficie des liens que l'organisme promoteur a développés avec les chercheurs du CRI-VIFF dans le cadre d'une recherche sur les pratiques prometteuses en matière de référence des clientèles avec des comportements violents.

Documents consultés pour compléter cette fiche :

- Fiche descriptive de la formation produite par l'organisme Via l'Anse.
- Plan de la journée de formation.
- « *Le repérage de la problématique des comportements violents en contexte conjugal auprès des clientèles masculines* », conférence donnée par M. Mario Trépanier à St-Hyacinthe, Québec, le 2 octobre 2008, dans le cadre du **Forum sur les violences conjugale et familiale – ENSEMBLE POUR LIBÉRER LES MOTS!** organisé par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Communication téléphonique avec M. Mario Trépanier (formateur).

Formation 10 : Formation à l'identification précoce de la violence conjugale

1. Langue	Français, mais les messages dans l'outil de sensibilisation aux victimes (minitableau papier) sont bilingues		2. Année	2007
3. Auteur (s) et organisme	L'Alliance gaspésienne des maisons d'aide et d'hébergement et le CRI VIFF – Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.			
4. Milieu de pratique visé	a) CLSC : oui	b) Milieu hospitalier : oui	c) Autre : organismes partenaires, soit le centre d'appel pour les prestataires de la sécurité du revenu, les centres locaux d'emploi, le Centre jeunesse et la Sûreté du Québec.	
5. Professionnels visés				
a) Intervenant psychosocial – TS	✓	d) Infirmiers	✓	
b) Médecin	✓	e) Autre : tous les professionnels des organismes partenaires sont visés, indépendamment de leur profil	✓	
c) Personnel de soutien (préposé, réceptionniste, etc.)	✓			
6. Clientèle visée				
a) Femmes	✓			
b) Enfants	✓			
c) Conjointes ayant des comportements violents				
7. Objectifs d'apprentissage				
—				
8. Contenu abordé				
Définition de la violence conjugale	✓	Cycle de la violence (propose un nouveau concept visuel du cycle qu'on appelle les murs de la violence)	✓	
Ampleur du problème	✓	Conjointes violentes		
Responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux	✓	Conséquences de la violence sur la victime	✓	
L'éthique de la problématique (confidentialité, sensibilité)	✓	Exposition des enfants et conséquences	✓	
Les formes de la violence	✓	Procédure de signalement pour les enfants (cadre légal), savoir comment faire et quand	✓	
Autre : on aborde la possibilité qu'un professionnel a de communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel en vue de prévenir un acte de violence, dont un homicide ou un suicide.			✓	

9. Processus d'identification préconisé

On commence par l'observation des indices de violence (selon les quatre étapes de la violence) et les facteurs associés à la violence conjugale, de même qu'à l'homicide conjugal. Par la suite, on rappelle l'importance de toujours évaluer le danger et on donne les indices pour faire cette évaluation. Ensuite, on propose de passer à l'action en « ouvrant la porte aux femmes violentées et à leurs enfants », en posant des questions qui facilitent l'identification de la présence de la violence. On suggère d'établir un climat de confiance avec la femme et d'agir avec transparence. Par la suite, il est question d'établir avec la femme un scénario de protection, de toujours l'informer des ressources pouvant lui venir en aide et de l'encourager à demander de l'aide à nouveau et, selon le cas, de la référer à un professionnel pour la poursuite de l'intervention.

Dans les cas où la femme refuse l'aide, on propose une relance tout en étant respectueux de son choix.

On signale la possibilité que tout intervenant a de briser le secret professionnel lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace la victime. De plus, on indique la procédure à suivre dans le cas où l'intervenant a des motifs de croire que le développement ou la sécurité d'un enfant peut être en danger.

On aborde les normes de rédaction du dossier de la femme et son contenu.

10. Indicateurs (signes et comportements)

a) pour la personne violentée, on donne une liste de signes et on indique que la présence des conséquences est aussi un indice de violence conjugale. De plus, on souligne qu'à eux seuls, les indices ne permettent pas de conclure à la présence de violence conjugale, mais démontrent la nécessité de poursuivre l'évaluation de la situation.

b) pour les enfants, on présente une liste détaillée de conséquences qui peuvent être considérées comme des indicateurs.

c) pour l'agresseur, on présente les comportements courants et possibles du conjoint violent.

11. Outils d'identification précoce utilisés

On propose des listes d'indices et de signes à observer, des questions à poser à la personne violentée, des prémisses de l'intervention (quoi faire et quoi éviter), ainsi que des gestes à poser en fonction de l'étape dans laquelle la personne violentée se situe à l'intérieur des « murs de la violence » (proposition d'un nouveau concept visuel du cycle de la violence). Tout ce matériel se trouve détaillé dans un mini-tableau papier, format de table, qui peut être déposé sur le bureau de l'intervenant et qui permet de voir un message adressé à la personne violentée d'un côté (bilingue) et un message adressé à l'intervenant de l'autre côté. Deux affiches accompagnent l'outil soit : a) une affiche avec l'image des murs de la violence et b) une affichette conçue pour être installée dans un endroit public, à la vue des femmes, annonçant que dans l'établissement on se préoccupe de la violence conjugale. Il y a aussi une vignette qui sert de rappel à l'intervenant sur l'importance d'évaluer la présence de violence conjugale chez la clientèle féminine rencontrée.

12. Évaluation de la dangerosité (outil ou démarche proposé - scénario de protection)

On présente une liste d'indices pour évaluer le danger et le risque d'homicide envers la conjointe.

13. Élaboration d'un scénario de protection avec la victime

Dans la rubrique « Sécurité », la question du scénario de protection à établir avec la femme est abordée.

14. Attitudes de l'intervenant abordées (empathie, compassion, écoute, etc.)

Au moment où l'on aborde la question du climat de confiance à établir avec la femme on explique les attitudes à adopter (respect, ouverture, etc.).

15. Procédure à suivre une fois le dévoilement obtenu (référer, connaissance des services, etc.)	
L'évaluation du danger constitue un élément central de l'intervention. On propose d'établir un scénario de protection, d'informer la femme des ressources pouvant lui venir en aide (liste disponible), d'encourager la femme à demander de l'aide et de la référer au besoin pour la poursuite de l'intervention.	
16. Soutien psychosocial pour les participants	
La question est abordée en début de formation et on suggère aux participants de contacter une ressource d'aide à la maison d'aide et d'hébergement au besoin.	
17. Formule pédagogique utilisée (présentation magistrale, cahier du participant, vidéo, jeux de rôle exercices, audio, discussion, etc.)	
Un guide d'animation et de formation accompagne la présentation PowerPoint.	
18. Durée de la formation	
Deux formats sont disponibles, soit une heure trente ou trois heures de formation.	
19. Évaluation (type)	
Un an après l'implantation de l'outil dans les milieux « partenaires », l'Alliance gaspésienne d'aide et d'hébergement prévoit dresser un bilan de l'implantation et de l'utilisation de l'AVIS-Sécurité.	
20. Références scientifiques utilisées et actualisation	
Le matériel a été publié en 2007 et on présente une bibliographie à la fin du document avec des références de travaux universitaires et de documents gouvernementaux dans le domaine.	
21. Disponibilité et accessibilité de la formation	
L'Alliance gaspésienne d'aide et d'hébergement offre la formation sur la problématique de la violence conjugale et sur l'utilisation de l'outil. Elle offre aussi la possibilité d'obtenir l'outil d'identification. Le bon de commande de l'outil et du matériel qui l'accompagne est disponible, entre autres, sur le site de l'Alliance gaspésienne des maisons d'aide et d'hébergement et sur celui de la Fédération de ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec (http://www.alliancegaspesienne.com/).	
22. Coût	La formation d'une durée d'une heure trente ou de trois heures est disponible au coût de 500 \$ (frais de déplacement et d'hébergement de la formatrice en sus). Pour l'outil, le premier exemplaire est à 100 \$. Les 2^e, 3^e, 4^e, et 5^e exemplaires coûtent 50 \$ chacun. Les exemplaires supplémentaires : 25 \$ chacun. À ceci s'ajoutent les frais de manutention payables à la réception.
23. Souplesse : adaptabilité à différents milieux de pratique et types de professionnels	
L'outil peut être utilisé dans une autre région. On indique dans ce cas que la section « Références utiles » doit être mise à jour (possibilité de le faire moyennant un supplément).	
24. Formation de formateurs (disponible ou non)	
Une formation de sept heures est disponible au coût de 700 \$ (frais de déplacement et d'hébergement de la formatrice en sus).	

25. Commentaires

Le développement de l'outil de sensibilisation à la problématique de la violence ainsi qu'à l'intervention en violence conjugale AVIS-Sécurité s'inscrit dans le cadre d'un plus vaste projet qui inclut aussi l'élaboration d'un protocole de collaboration intersectoriel qui devrait être signé par l'ensemble des partenaires du projet.

Les conceptrices de l'AVIS-Sécurité ont reçu une mention d'honneur dans le cadre des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux du Québec en 2008, dans la catégorie des initiatives des organismes communautaires en prévention, promotion et protection de la santé et du bien-être. Ce prix est décerné aux projets qui misent sur le partenariat pour améliorer les conditions de vie de la population.

En 2008, les conceptrices ont reçu le Prix Égalité dans la catégorie Prévention de la violence. Ce prix est décerné par le Secrétariat à la condition féminine et récompense les projets qui ont comme objectif l'égalité entre les femmes et les hommes.

Documents consultés pour compléter cette fiche :

- Guide d'animation et de formation AVIS-Sécurité, février 2007, produit par l'Alliance des maisons d'aide et d'hébergement de la Gaspésie pour femmes violentées dans un contexte conjugal et leurs enfants et par le CRI-VIFF, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- Site Web de l'Alliance : <http://www.alliancegaspesienne.com/>.

Formation 11 : Mieux comprendre pour mieux intervenir, intervention auprès des conjoints aux comportements violents

1. Langue		Français		2. Année		Depuis 1999					
3. Auteur (s) et organisme			Vézina Jean- François, G.A.P.I. (Groupe d'aide aux personnes impulsives)								
4. Milieu de pratique visé			a) CLSC : oui		b) Milieu hospitalier : oui		c) Autre : Organismes communautaires				
5. Professionnels visés											
a) Intervenant psychosocial – TS					✓		d) Infirmiers		✓		
b) Médecin					✓		e) Autres : Intervenants du réseau judiciaire et intervenants du milieu de l'éducation				
c) Personnel de soutien (préposé, réceptionniste, etc.)											
6. Clientèle visée											
a) Femmes											
b) Enfants											
c) Conjoints ayant des comportements violents					✓						
7. Objectifs d'apprentissage											
• Familiariser les participants avec la problématique vue sous l'angle de l'agresseur; • Connaître le profil psychologique et social des conjoints ayant des comportements violents; • Comprendre et démystifier le processus de demande d'aide des conjoints ayant des comportements violents; • Identifier les principaux indices permettant le dépistage des conjoints ayant des comportements violents; • Se sensibiliser aux préjugés et aux malaises face à la clientèle des conjoints ayant des comportements violents; • Accroître les habiletés des participants à accueillir, intervenir et recommander les conjoints ayant des comportements violents.											
8. Contenu abordé											
Définition de la violence conjugale					✓		Cycle de la violence (propose un nouveau concept visuel du cycle qu'on appelle « les murs de la violence »)			✓	
Ampleur du problème					✓		Conjoints violents			✓	
Responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux							Conséquences de la violence sur la victime				
L'éthique de la problématique (confidentialité, sensibilité)					✓		Exposition des enfants et conséquences				
Les formes de la violence					✓		Procédure de signalement pour les enfants (cadre légal), savoir comment faire et quand			✓	
Autres : Attitudes à adopter et à éviter										✓	

9. Processus d'identification préconisé	
Ce processus porte sur les principaux indices de dépistage en lien avec les caractéristiques personnelles, sociales, comportementales et contextuelles, en les recadrant avec la réalité des demandes d'aide habituellement adressées par les conjoints ayant des comportements violents. Il vise aussi à ancrer chez les participants le réflexe d'explorer toute demande d'aide susceptible de camoufler un problème de violence conjugale.	
10. Indicateurs (signes et comportements)	
a) chez la victime b) chez les enfants c) chez l'agresseur. Les conjoints ayant des comportements violents dévoilent rarement d'entrée de jeu leur problème de violence, les motifs de consultation les plus fréquemment mentionnés par les hommes sont les difficultés conjugales et familiales, les problèmes de santé mentale telles la dépression et les idées suicidaires, la toxicomanie et la pauvreté.	
11. Outils d'identification précoce utilisés	
Non présentés.	
12. Évaluation de la dangerosité (outil ou démarche proposé - scénario de protection)	
On parle ici d'évaluer le niveau de dangerosité sans mentionner outil en particulier.	
13. Élaboration d'un scénario de protection avec la victime	
Ne s'applique pas.	
14. Attitudes de l'intervenant abordées (empathie, compassion, écoute, etc.)	
Attitudes à privilégier et attitudes à éviter.	
15. Procédure à suivre une fois le dévoilement obtenu (référer, connaissance des services, etc.)	
Des points de repère pour une référence efficace et une liste des ressources sont proposés.	
16. Soutien psychosocial pour les participants	
—	
17. Formule pédagogique utilisée (présentation magistrale, cahier du participant, vidéo, jeux de rôle exercices, audio, discussion, etc.)	
Exposés théoriques avec support visuel, échanges avec les participants, exercices, mises en situation et jeux de rôle, utilisation des expériences de travail, matériel vidéo, manuel de formation remis aux participants.	
18. Durée de la formation	
Varie selon les besoins, pouvant aller jusqu'à six jours (approfondissement du volet de l'intervention).	
19. Évaluation (type)	
Appréciation de la forme et du contenu de la formation par les participants.	
20. Références scientifiques utilisées et actualisation	
Présentes.	
21. Disponibilité et accessibilité de la formation	
Disponible sur demande, accessible.	
22. Coût	Varie selon la formule choisie (contenu et nombre de jours).

23. Souplesse : adaptabilité à différents milieux de pratique et types de professionnels
Possibilités d'adapter le contenu et la durée en tenant compte du niveau de réalisme (efficacité) de la demande.
24. Formation de formateurs (disponible ou non)
Disponible pour des intervenants formés en relation d'aide (travail social, psychologie, technique de travail social ou d'éducation spécialisée).
25. Commentaires
—

Documents consultés pour compléter cette fiche :

- Vézina, Jean-François, *Mieux comprendre pour mieux intervenir*. Document de formation G.A.P.I., un pas vers la non-violence. 47 pages, plus annexes.
- Communication téléphonique avec M. Jean-François Vézina, responsable de la formation.

