

Guide d'implantation

pour une pratique concertée en
violence conjugale et maltraitance



Agir ensemble pour le mieux-être des enfants

GUIDE D'IMPLANTATION POUR UNE PRATIQUE CONCERTÉE EN VIOLENCE CONJUGALE ET EN MALTRAITANCE

AGIR ENSEMBLE POUR LE MIEUX-ÊTRE DES ENFANTS

MARIE-EVE DROUIN, professionnelle de recherche, CRI-VIFF, Université Laval

ANNE-SOPHIE GERMAIN, étudiante au doctorat, CRI-VIFF, Université Laval

PAMELA ALVAREZ-LIZOTTE, étudiante à la maîtrise, CRI-VIFF, Université Laval

YENNELYS ALCEDO, intervenante jeunesse, Programme mères-enfants,
Maison pour femmes immigrantes

RHÉA DELISLE, T.S., Programme Famille-Enfance-Jeunesse, CSSS de la Vieille-Capitale

MARIE-FRANCE GODIN, directrice générale, Maison de la famille D.V.S.

JULIE MÉNARD, intervenante auprès des femmes et des enfants, Violence-Info

VALÉRIE MEUNIER, directrice, GAPI (Groupe d'Aide aux Personnes Impulsives)

MÉLANIE ST-LAURENT, T.S., Direction des services aux jeunes et à leur famille,
Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

MARYLINE TROTTIER, T.S., Programme Famille-Enfance-Jeunesse,
CSSS de Québec-Nord

GENEVIÈVE LESSARD, T.S., directrice du CRI-VIFF,
professeure à l'École de service social de l'Université Laval

PIERRE TURCOTTE, T.S., chercheur au CRI-VIFF,
directeur de l'École de service social de l'Université Laval

Table des MATIÈRES

REMERCIEMENTS	V
AVANT-PROPOS	VII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : QUELQUES REPÈRES EN MATIÈRE DE VIOLENCE CONJUGALE ET DE MALTRAITANCE	5
BREF HISTORIQUE	5
DÉFINITION DE LA VIOLENCE CONJUGALE	5
LA CONCOMITANCE DE L'EXPOSITION À LA VIOLENCE CONJUGALE ET DE LA MALTRAITANCE	7
L'EXPOSITION À LA VIOLENCE CONJUGALE	7
LA MALTRAITANCE	8
LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE	8
LA TYPOLOGIE DE JOHNSON	9
LA NOTION DE CONTRÔLE COERCITIF AU CŒUR DE LA TYPOLOGIE DE JOHNSON	10
LES DIFFÉRENTES DYNAMIQUES DE VIOLENCE CONJUGALE SELON LA TYPOLOGIE DE JOHNSON	11
1) Le terrorisme intime	11
2) La résistance violente	12
3) La violence situationnelle	13
4) Le contrôle violent mutuel	14
CHAPITRE 2 : IMPLANTATION D'UNE PRATIQUE CONCERTÉE	17
UN MODÈLE INSPIRÉ DE LA SOCIOLOGIE DE L'INNOVATION	17
ÉTAPES VERS L'IMPLANTATION D'UNE PRATIQUE CONCERTÉE	18
Étape 1 : Mise sur pied du comité de coordination et nomination de l'intervenant de référence	19
Comment mobiliser les acteurs concernés?	20
Comment choisir l'intervenant de référence?	20
Les rôles d'intéressement, d'enrôlement et de mobilisation	20
Étape 2 : Identification des controverses, problèmes et besoins spécifiques des acteurs régionaux	21
Comprendre les contextes de pratique	21
Égaliser les rapports de pouvoir	21
Cerner les controverses et les points de convergence	21
Étape 3 : Élaboration ou adaptation de la stratégie de concertation	24
Étape 4 : Implantation de la stratégie de concertation	25
La pratique concertée : une stratégie novatrice	25
La représentation systématique des principaux volets d'expertise en violence conjugale et en maltraitance	25
Un objectif centré sur l'inter-influence des expertises plutôt que sur le « quoi faire » ou le « qui fait quoi »	26
L'impartialité dans l'animation des rencontres	26
Le souci accordé à l'égalisation des rapports de pouvoir	26
CHAPITRE 3 : MODALITÉS ET ÉTAPES DES RENCONTRES DE CONCERTATION	29
OBJECTIFS DE LA PRATIQUE CONCERTÉE	29
RÔLE DE L'INTERVENANT DE RÉFÉRENCE	30
EXPLICATIONS GÉNÉRALES DU MODÈLE DE CONCERTATION	30
ÉTAPES DE RÉALISATION	31
1 ^{ère} étape : Recevoir les références de familles pouvant bénéficier d'une pratique concertée	31
2 ^e étape : Identifier les enjeux de sécurité	32
3 ^e étape : Décider lequel des deux volets est plus approprié à la situation	32

Table des MATIÈRES (suite)

4 ^e étape : Vérifier l'intérêt des intervenants au dossier	33
5 ^e étape : Obtenir les consentements	33
6 ^e étape : Organiser les rencontres de concertation	34
7 ^e étape : Animer les rencontres de concertation	34
8 ^e étape : Évaluer les rencontres de concertation	35
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS OBSERVÉS DANS L'EXPÉRIMENTATION	39
RECRUTEMENT ET RÉFÉRENCES	39
SATISFACTION DES INTERVENANTS	40
APPORTS ET RETOMBÉES DE L'EXPÉRIMENTATION	41
Soutien à la pratique des intervenants	41
Qualité des services à la clientèle	45
CHAPITRE 5 : CONDITIONS DE RÉUSSITE ET ENJEUX	49
CONDITIONS DE RÉUSSITE	49
Égalisation des rapports de pouvoir	49
Attitude des intervenants	49
Présence d'un animateur impartial et ouvert	50
Clarification des rôles et des mandats	50
Bonne planification des rencontres	50
Respect du processus	51
Établissement d'objectifs communs	52
Expérimentation de premiers petits succès	52
Engagement des membres	52
ENJEUX	54
Pouvoir entre les groupes d'acteurs	54
Défi d'assurer la collaboration des parents	55
Défi du retour avec le client	56
RESSOURCES	57
Temps	57
Ressources humaines	58
Ressources financières	59
PÉRENNITÉ	60
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXES	69
A ÉLÉMENTS CONTEXTUELS SUR LES RÉFÉRENCES AU PROJET	69
B FORMULAIRE D'AUTORISATION DU PARENT	70
C FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR ENFANTS ÂGÉS DE 14 ANS ET PLUS	72
D FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'INTERVENANT	74
E FORMULAIRE D'ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ	76
F AIDE-MÉMOIRE POUR LE SUIVI DE LA CONCERTATION CLINIQUE	77
G ÉVALUATION PAR L'INTERVENANT AU DOSSIER	82
H ÉVALUATION PAR L'INTERVENANT AU DOSSIER : 2 ^e RENCONTRE DU VOLET CONCERTATION	86
I ÉVALUATION PAR L'EXPERT EXTERNE : VOLETS CONCERTATION ET CONSULTATION	90
J ANIMATION DE LA 1 ^{ère} RENCONTRE DE CONCERTATION OU DU VOLET CONSULTATIF	94
K ANIMATION DE LA 2 ^e RENCONTRE DE CONCERTATION	95

REMERCIEMENTS



Ce guide n'aurait pu voir le jour sans la collaboration et l'engagement de nombreuses personnes et organismes. Il s'inscrit dans la continuité de travaux de recherche débutés il y a déjà plusieurs années sous l'initiative de Geneviève Lessard, professeure à l'École de service social de l'Université Laval. Cette chercheuse a dirigé une recherche-action, entre 2006 et 2010, en collaboration avec six milieux de pratique partenaires, soit: la Maison pour femmes immigrantes (MFI), la Maison de la famille D.V.S., le Groupe d'aide aux personnes impulsives (GAPI), le Centre d'Amitié autochtone de Québec, le Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale (CSSSVC) et le Centre jeunesse de Québec - Institut universitaire (CJQ-IU). Nous remercions toutes les personnes qui ont collaboré, dès l'été 2004, à la conception de cette recherche-action ou à certaines étapes clés de son déroulement, soit: Marie-Claude Beaulieu, intervenante jeunesse à la MFI; Isabelle Côté, travailleuse sociale retraitée du CSSSVC; Dominique Damant, directrice de l'École de service social de l'Université de Montréal; Esther Després, chef d'équipe au CJQ-IU; France Paradis, médecin-conseil à la Direction régionale de Santé publique de la Capitale-Nationale; Linda Rock, intervenante jeunesse au Centre d'amitié autochtone de Québec; Jean-François Vézina, à l'époque directeur du GAPI. La première phase de recherche-action (2006-2010) a permis de cerner les controverses auxquelles se butent les intervenants dans leur travail auprès des familles qui vivent la concomitance de violence conjugale et de maltraitance et d'élaborer une stratégie de concertation novatrice. De nombreux autres intervenants des milieux de pratiques ciblés ont participé aux groupes de discussion ou à la pré-expérimentation auprès de quelques familles de la pratique novatrice concertée; nous les en remercions.

Par la suite, une deuxième phase (2011-2013) a été rendue possible grâce au financement du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie ainsi qu'à l'engagement renouvelé de sept milieux de pratique. Cette phase visait à implanter plus largement la stratégie de concertation novatrice et à en faire l'évaluation. Merci aux responsables et gestionnaires des établissements et organismes qui ont accepté de dégager leurs intervenants pour participer à l'implantation de cette innovation sociale ou pour siéger au comité de coordination du projet. La plupart des milieux partenaires de la recherche-action (MFI, Maison de la famille D.V.S., GAPI, CSSSVC, CJQ-IU) ont poursuivi leur engagement et deux autres organismes se sont ajoutés depuis 2011, soit Violence-Info et le Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord (CSSSQN). Les membres du comité de coordination, auteurs de ce guide, ont joué un rôle central à chacune des étapes du projet. Leurs expertises et leur engagement ont assuré le bon déroulement du projet en plus d'avoir maximisé ses retombées pour les différents milieux de pratique et, par conséquent, pour la qualité des services offerts aux familles.

Nous tenons à souligner plus particulièrement la contribution majeure de Lorraine Juneau, réviseure au CJQ-IU autant dans la recherche-action de 2006 à 2010 que dans la mise en place du modèle novateur de concertation entre 2011 et 2013, jusqu'au moment de sa retraite bien méritée au printemps 2013. Lorraine, nous sommes privilégiés d'avoir bénéficié de ton expertise en violence conjugale et familiale, problématiques auxquelles tu as dévoué ta carrière au bénéfice de plusieurs familles desservies par le CJQ-IU.

De nombreux étudiants se sont aussi impliqués dans chacune des phases de recherche. Ils sont mentionnés ci-après dans l'ordre chronologique de leur implication dans le projet : François-Olivier Bernard, Catherine Flynn, Mélanie St-Laurent, Simon Rondeau-Cantin, Annie Dumont, Joannie Maltais, Véronik Dupont, Anne-Sophie Germain, Pamela Alvarez-Lizotte. Votre travail a été très précieux pour soutenir le comité de coordination et favoriser l'avancement de ses travaux.

L'expérimentation de la pratique novatrice de concertation a mobilisé de nombreux intervenants (115) de différents milieux de pratique qui ont participé aux discussions cliniques et qui ont complété les instruments d'évaluation. Les données ainsi recueillies nous ont été fort utiles pour cibler les contenus et les recommandations à inclure dans ce guide. La relecture attentive effectuée par les personnes suivantes fut aussi grandement appréciée : Louise Arsenault (cofondatrice et présidente du conseil d'administration de Violence-Info), Caroline Côté (CSSSQN), Rodrigue Côté (CSSSVC), Dominique Damant (Université de Montréal), Marie-Josée DeMontigny (CJQ-IU), Renée Desmeules (Centre Ex-equo), Audrey Galarneau-Têtu (Maison de la famille D.V.S.), Diane Genest (CJQ-IU), Nahid Ghafoor (MFI). Nous remercions également Sabrina Nadeau pour la mise en forme et le graphisme à l'image du projet.

Ultimement, les retombées d'une pratique plus concertée et cohérente permettent de mieux servir les familles concernées par la violence conjugale et la maltraitance et de répondre plus efficacement aux enjeux de sécurité des victimes, comme le démontrent les résultats présentés dans le chapitre 4. C'est pourquoi nous remercions chaleureusement tous les parents qui ont fait confiance au processus et accepté que leur intervenant participe à une discussion clinique.



AVANT-PROPOS



Les services en violence conjugale et en maltraitance envers les enfants se sont développés autour de trois principales sphères : les services offerts aux femmes victimes de violence, ceux offerts aux hommes ayant des comportements violents et ceux destinés aux enfants victimes de maltraitance. Chacune de ces expertises a été développée indépendamment des autres (Hester, 2011), ce qui a entraîné des perceptions différentes quant aux dynamiques de violence conjugale et de maltraitance vécues dans les familles concernées (Lessard *et al.*, 2010), et ce, tant pour la définition du problème que pour les solutions envisagées pour soutenir ces familles. C'est justement en réponse à ce constat et aux défis de collaboration qui en découlent que le présent guide a été élaboré. En effet, la recherche-action ayant précédé la production de ce guide a fait ressortir les controverses entre les groupes d'intervenants¹ concernés (Lessard, 2011). Ces controverses, expliquées dans le chapitre 1, compliquent la concertation et expliquent pourquoi l'utilisation des modèles de concertation auxquels les intervenants ont accès, notamment les plans de services individualisés (PSI) et les plans de services individualisés intersectoriels (PSII), est si compliquée en violence conjugale. De plus, ces modèles exigent la présence des familles aux rencontres de concertation ce qui peut poser des enjeux de sécurité pour les victimes de violence conjugale. En effet, le conjoint qui exerce la violence ne sait généralement pas dans quelle ressource est hébergée la victime ou encore de quel organisme elle reçoit des services en consultation externe. De plus, l'utilisation de PSI-PSII dans les situations de violence conjugale comporte un risque que l'intervention soit réutilisée par l'agresseur comme un moyen de maintenir un contrôle sur la victime avant, pendant ou après la rencontre de concertation. Il n'est d'ailleurs pas nécessairement facile pour les intervenants moins sensibilisés à la problématique de déceler les stratégies de contrôle ou les risques de revictimisation des enfants ou du parent violenté. Ce sont tous ces défis qui ont conduit à proposer le présent modèle de concertation.

Malgré les divergences entre les groupes d'intervenants concernés, il appert qu'ils partagent une préoccupation commune, soit l'importance d'assurer la sécurité et le mieux-être des enfants. C'est ce point de convergence (Lessard *et al.*, 2010), qui se trouve au cœur du présent guide. Ce guide se destine aux intervenants et gestionnaires offrant des services aux familles touchées par la violence conjugale et la maltraitance, et souhaitant mettre sur pied ou participer à une pratique concertée avec les autres partenaires concernés.

UNE PRATIQUE ÉMANANT D'UNE DÉMARCHE EMPIRIQUE

Le modèle de pratique concertée présenté dans ce guide est le résultat de plusieurs années de recherche et d'application dans les milieux d'intervention en violence conjugale et en maltraitance de la région de Québec. L'implication de nombreux acteurs (intervenants, gestionnaires, étudiants, chercheurs) des différents milieux de pratique concernés a permis un ancrage important de la stratégie proposée dans la réalité du terrain et des besoins exprimés par les intervenants eux-

1. Tout au long du présent guide, le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

mêmes. Il s'agit donc d'une démarche co-construite entre le milieu universitaire et les milieux de pratique, qui répond à la fois aux besoins et aux enjeux rencontrés dans les milieux de pratique, tout en étant élaborée à l'aide de données probantes. L'expérimentation a été réalisée par la conjugaison de l'expertise scientifique et de l'expertise professionnelle des intervenants spécialisés dans le domaine. Si cette manière de construire une pratique prend plus de temps, elle assure toutefois une meilleure réponse aux besoins des intervenants qui l'expérimentent par la suite.

UNE PRATIQUE NOVATRICE ET ORIGINALE

L'action concertée dont il est question dans ce guide prend la forme de discussions cliniques durant lesquelles les intervenants sont invités à exprimer leur compréhension de la situation familiale et des interventions proposées, de manière à ce que chacun puisse élargir et bonifier sa vision du problème et des solutions. Le caractère novateur de cette pratique concertée, plus détaillé dans le chapitre 2, réside principalement dans le fait de mettre systématiquement en présence, lors des discussions cliniques, des intervenants de chacune des expertises. La modalité des discussions cliniques a été retenue en raison de ses nombreux avantages :

- ▶ solution simple, rapide et peu coûteuse;
- ▶ permet un échange bénéfique pour les intervenants, mais également un approfondissement de leurs connaissances et de leur compréhension en matière d'intervention en violence conjugale et en maltraitance;
- ▶ contribue à améliorer les connaissances des intervenants quant aux réalités des autres milieux d'intervention institutionnels et communautaires;
- ▶ contribue à égaliser les rapports de pouvoir entre les différents acteurs concernés.

Si cette façon de faire diffère des PSI-PSII, elle s'inscrit toutefois en complémentarité et en continuité des modèles de concertation existants. La démarche proposée se veut davantage un outil de soutien à la pratique des intervenants qu'un plan formel d'intervention auprès des familles. Elle dépasse le traditionnel « que faire » et « qui fait quoi » pour s'intéresser également aux aspects plus fondateurs des choix dans l'intervention, en abordant des questions déterminantes telles que : « que se passe-t-il dans cette famille qui m'échappe? », « comment et pourquoi agir différemment? », « en quoi les autres expertises cliniques concernées peuvent m'aider à améliorer ma compréhension des enjeux de sécurité et de mieux-être des enfants? », « est-ce que mon intervention pourrait mieux répondre à ces enjeux? ». Il est possible que le fait d'aborder de telles questions contribue à réduire les obstacles à l'utilisation des PSI-PSII en violence conjugale. Dans la mesure où l'objectif prioritaire demeure toujours d'assurer la sécurité des victimes, les rôles de chacun pourraient se formaliser par la suite à l'intérieur d'un PSI-PSII. Mais d'autres étapes essentielles doivent d'abord être franchies, processus sur lequel se concentre le présent guide.

UNE OPTION INTÉRESSANTE POUR RÉPONDRE À DES PRIORITÉS GOUVERNEMENTALES

La manière dont nous envisageons la pratique concertée et son caractère novateur répond tout à fait à la vision du Comité de travail sur une action concertée auprès des enfants exposés à la violence conjugale et leurs familles. Le mandat poursuivi par ce comité, mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en décembre 2012 et dont les actions devraient se poursuivre jusqu'en juin 2014, vise entre autres à recenser et proposer les meilleures pratiques dans l'intervention auprès des familles lorsque des enjeux de protection de l'enfant sont présents. Il s'agit en effet d'une priorité pour le MSSS d'améliorer la concertation entre les ressources concernées par l'exposition des enfants à la violence conjugale, tel que stipulé dans l'engagement 35 du Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale, qui est de « Favoriser des interventions concertées auprès des enfants exposés à la violence conjugale et de leur famille ».

Ce guide n'est pas un document gouvernemental ou paragouvernemental pour l'organisation des services régionaux. Il pourrait toutefois être utile pour soutenir la réflexion des décideurs (ministères, agences ou gestionnaires des organisations concernées) et des tables de concertation en violence conjugale, qui sauront sans aucun doute adapter les solutions aux réalités et particularités de chaque région ou territoire, en fonction des projets déjà en place et des priorités eu égard à la concertation en violence conjugale et en maltraitance. Ce guide se veut donc une proposition de solution concrète parmi d'autres pour faire face aux difficultés rencontrées par les intervenants dans l'intervention auprès des familles aux prises avec une situation de violence conjugale et de mauvais traitements envers les enfants. Enfin, il importe de rappeler que les pratiques concertées se doivent d'être flexibles pour s'adapter à des situations familiales très variées. Elles comportent également des conditions de réussite et des enjeux, dont nous discutons dans le chapitre 5 du guide.

INTRODUCTION



Ce guide d'implantation pour une pratique concertée en violence conjugale et en maltraitance a été structuré de manière à répondre aux besoins des intervenants travaillant auprès des familles concernées par ces problématiques. Il se veut un outil à la fois novateur, simple et pratique pour amener les intervenants à assurer ensemble et de façon plus cohérente la sécurité des enfants dans ces familles.

À QUI S'ADRESSE LE GUIDE

Le guide s'adresse d'une part aux intervenants qui travaillent directement auprès des familles concernées. Il propose un processus qui décrit concrètement les étapes de la démarche expérimentée pour mettre en place des rencontres d'échanges cliniques avec les autres intervenants et organismes concernés.

D'autre part, il s'adresse aussi aux gestionnaires des différents organismes communautaires et institutionnels concernés par la violence conjugale et les mauvais traitements envers les enfants. Qu'ils dirigent une équipe d'intervenants en milieu institutionnel, qu'ils travaillent en appui aux interventions dans des fonctions de soutien clinique ou qu'ils dirigent un organisme communautaire, ce guide permettra aux gestionnaires d'implanter dans leur milieu, avec les différents partenaires présents, une stratégie de pratique concertée.

OBJECTIFS DU GUIDE

Ce guide vise à illustrer le caractère flexible de la concertation en violence conjugale et en maltraitance, à travers une pratique novatrice et impliquant les différents organismes concernés. Pour répondre à ce large objectif, nous avons retenu quatre objectifs spécifiques, qui seront traités à travers les principaux chapitres du guide :

OBJECTIF 1	OBJECTIF 2	OBJECTIF 3	OBJECTIF 4
Chapitre UN	Chapitres DEUX et TROIS	Chapitre QUATRE	Chapitre CINQ
Fournir des repères essentiels sur les problématiques de violence conjugale et de maltraitance	Expliquer les modalités et les étapes de la concertation expérimentée	Démontrer les impacts de la concertation, à l'aide de données probantes issues de l'expérimentation	Identifier les conditions de réussite qui répondent aux enjeux de la concertation

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU GUIDE

En lien avec les quatre objectifs spécifiques, le présent guide a été divisé en 5 chapitres. Le premier chapitre vise à répertorier les connaissances utiles en violence conjugale et en maltraitance, afin de fournir des repères communs auxquels les différents acteurs impliqués dans la pratique concertée pourront se référer au besoin. Ce chapitre s'adresse à la fois aux intervenants et aux gestionnaires qui souhaitent mieux comprendre les problématiques rencontrées par les familles aidées.

Le second chapitre s'adresse principalement aux gestionnaires et aux responsables des organismes désireux de mettre en place une stratégie de pratique concertée dans leur milieu. Dans ce chapitre, nous retraçons et expliquons les étapes importantes pour la mise en place d'une pratique concertée qui s'appuie sur une base solide de collaboration et qui nécessite l'engagement des organismes.

Le troisième chapitre s'adresse davantage aux intervenants ou aux personnes mandatées d'organiser les rencontres de discussion clinique. Y sont présentés toutes les étapes et les outils (annexés au guide) nécessaires au bon fonctionnement de ces rencontres.

Le quatrième chapitre présente les résultats obtenus lors de l'évaluation de l'implantation de cette stratégie dans la région de Québec entre 2011 et 2013. Au cours de cette période, des intervenants travaillant auprès de 29 familles différentes ont pu participer à des discussions cliniques avec des représentants de chacune des expertises en violence conjugale et en maltraitance. Bien que les résultats de l'expérimentation soient principalement rassemblés dans ce chapitre, certains résultats, notamment les propos des intervenants qui ont participé à l'expérimentation, sont également intégrés dans d'autres chapitres, parfois en encadré, d'autres fois en retrait du texte principal.

Le cinquième chapitre dresse finalement un portrait des conditions de réussite et des principaux enjeux rencontrés lors du développement et de l'implantation de cette stratégie de concertation. Cette section offre donc des points de repère importants à considérer pour les intervenants et les gestionnaires qui souhaitent implanter une pratique concertée dans leur région.

SENS DES TERMES : HOMME, FEMME, ENFANT

Avant d'aller plus loin, il est nécessaire de clarifier le sens des termes « homme », « femme » et « enfant » utilisés dans ce guide. Quand nous parlons d'« homme », nous parlons de la figure masculine qui joue un rôle parental auprès des enfants. Il s'agit du père des enfants ou du conjoint ou de l'ex-conjoint de la mère qui agit comme beau-père des enfants. Dans une famille homoparentale, il peut aussi s'agir du conjoint ou de l'ex-conjoint du père qui agit comme beau-père. Quand nous parlons de « femme », nous parlons de la figure féminine qui joue un rôle parental auprès des enfants. Il s'agit de la mère des enfants ou de la conjointe ou de l'ex-conjointe du père qui agit comme belle-mère des enfants. Dans une famille homoparentale, il peut aussi s'agir de la conjointe ou de l'ex-conjointe de la mère qui agit comme belle-mère. Finalement, quand nous parlons d'« enfant », nous référons à toute personne mineure qui vit dans la famille concernée par les problématiques, ou qui en a été retirée, mais qui conserve un lien avec sa famille biologique.

VIOLENCE CONJUGALE

- ▮ Moyen choisi pour exercer un contrôle sur l'autre
- ▮ Diversité de formes : psychologique, verbale, physique, sexuelle, économique
- ▮ Les femmes sont plus souvent victimes et subissent des conséquences plus sévères que les hommes

EXPOSITION DES ENFANTS À LA VIOLENCE CONJUGALE

- ▮ Qu'ils soient témoins directs ou indirects des épisodes de violence conjugale, ces enfants vivent dans un climat de peur et de tension
- ▮ Certains subissent des mauvais traitements directs en plus de l'exposition à la violence conjugale
- ▮ Conséquences possibles bien documentées sur toutes les sphères du développement de l'enfant

MALTRAITANCE DES ENFANTS

- ▮ Inclut la négligence et toutes les formes de violence directes ou indirectes (psychologique, physique, sexuelle) pouvant porter atteinte à la sécurité et au développement des enfants.

LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

- ▮ Reconnaît depuis 2006 l'exposition à la violence conjugale et familiale comme une des formes de maltraitance susceptible d'affecter la sécurité et le développement des enfants.

TYPOLOGIE DE JOHNSON

- ▮ Un cadre théorique utile pour cerner la diversité et la complexité des dynamiques de violence conjugale et familiale
- ▮ 4 principales formes :
 - Terrorisme intime
 - Résistance violente
 - Violence situationnelle
 - Contrôle violent mutuel

Ce chapitre présente un survol des connaissances concernant la violence conjugale, l'exposition à la violence conjugale et la maltraitance. Les différentes dynamiques de violence conjugale avec lesquelles les intervenants doivent composer dans leurs interventions auprès des familles concernées sont également traitées dans ce chapitre.

BREF HISTORIQUE

Au Québec, dans les années 1970, faisant suite au militantisme féministe, les premières ressources d'hébergement pour femmes victimes de violence voient le jour (Gouvernement du Québec, 1995). En 1985, la Politique d'aide aux femmes violentées est mise sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle vise, en plus de réduire la violence envers les femmes, à offrir de meilleurs services à ces dernières. Les CLSC mettent alors de l'avant des services d'aide destinés aux familles qui sont aux prises avec cette problématique. C'est au milieu des années 1980 qu'apparaissent les services s'adressant aux conjoints violents. Dans la même période, le ministère de la Justice, dans sa politique d'intervention en violence conjugale, souhaite que les milieux policiers, judiciaires et correctionnels s'impliquent dans l'intervention en matière de violence conjugale. Les actes de violence au sein du couple sont maintenant perçus comme des actes criminels et judiciairisables (Gouvernement du Québec, 1995). En 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux met de l'avant la Politique de santé et du bien-être au Québec, dont deux des objectifs visent à diminuer la violence dans la famille. Trois ans plus tard, en 1995, la Politique d'intervention en matière de violence conjugale vient confirmer l'engagement gouvernemental partagé par différents ministères (Gouvernement du Québec, 1995). Elle prône divers principes, dont la primauté accordée à la protection des femmes victimes et des enfants exposés, le caractère criminel de la violence conjugale et la reconnaissance des effets néfastes de l'exposition à la violence conjugale sur les enfants. Cette politique propose une définition de la violence conjugale et de ses différentes formes, offrant ainsi un cadre d'analyse aux intervenants qui rencontrent cette problématique. Encore aujourd'hui, c'est cette définition qui guide les interventions en violence conjugale, elle est d'ailleurs reprise dans le Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale (Gouvernement du Québec, 2012).

DÉFINITION DE LA VIOLENCE CONJUGALE

« La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extramaritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie » (Gouvernement du Québec, 2012: 1). La violence conjugale peut prendre différentes formes :

LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE

Attitudes et propos méprisants, humiliation, dévalorisation, chantage ou ignorance des besoins émotionnels. Elle peut aussi prendre la forme d'un isolement imposé par l'autre, sous la forme d'un contrôle des déplacements et des fréquentations de l'autre (Gouvernement du Québec, 1995).

LA VIOLENCE VERBALE

Sarcasmes, insultes, hurlements, propos injurieux et blessants, menaces, le fait de donner des directives ou des ordres (Gouvernement du Québec, 1995).

LA VIOLENCE PHYSIQUE

Coups, blessures (bousculer, brûler, mordre, fracturer) pouvant aller jusqu'à l'homicide (Gouvernement du Québec, 1995).

LA VIOLENCE SEXUELLE

Agressions sexuelles, harcèlement, intimidation, manipulation ou brutalité en vue d'une relation sexuelle non consentie ainsi que toute tentative de domination lors des relations sexuelles (Gouvernement du Québec, 1995).

LA VIOLENCE ÉCONOMIQUE

Restriction ou contrôle des ressources financières et matérielles nécessaires au bon fonctionnement du foyer, surveillance des activités économiques ou toute autre stratégie de contrôle qui entraîne une dépendance financière de l'un des conjoints (Gouvernement du Québec, 1995).

QUELQUES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Les victimes et les auteurs de la violence conjugale

Selon Statistique Canada (2011), dans la majorité des cas, les femmes sont victimes de violence conjugale alors que les hommes sont les auteurs de cette violence. Lorsqu'on se penche sur la fréquence, la gravité et les conséquences de la violence, on s'aperçoit aussi que les femmes continuent à être victimes d'actes de violence conjugale plus graves et plus fréquents comparées aux hommes et ce sont celles qui subissent les conséquences les plus sévères à la suite des actes de violence commis à leur endroit (Statistique Canada, 2011, 2013).

Les conséquences de la violence conjugale sur les femmes victimes

Les victimes de violence conjugale sont plus à risque de présenter diverses blessures physiques, telles que des coupures, des brûlures ou des fractures. Sur le plan de la santé physique, elles sont également plus enclines à être malades, à avoir de la difficulté à se concentrer, à souffrir de fatigue chronique ou de troubles alimentaires (Riou, Rinfret-Raynor, Cantin, Carignan & Messier, 2003; OMS, 2013; Wuest, Merritt-Gray, Ford-Gilboe, Lent, Varcoe & Campbell, 2009).

Elles risquent aussi de développer des problèmes de santé mentale tels que la dépression, le syndrome de stress post-traumatique, l'abus d'alcool ou de drogues, de même qu'un plus grand risque d'avoir des idées suicidaires ou de faire des tentatives de suicide (Devris *et al.*, 2013; OMS, 2013).

Les victimes sont plus sujettes à vivre des émotions telles que la peur, l'anxiété, la tristesse, l'angoisse, la colère, la culpabilité et une faible estime de soi (Riou *et al.*, 2003).

L'isolement social et l'absentéisme au travail sont d'autres conséquences possibles du fait d'être victime de violence conjugale (Riou *et al.*, 2003).

LA CONCOMITANCE DE L'EXPOSITION À LA VIOLENCE CONJUGALE ET DE LA MALTRAITANCE

Chez les couples qui ont des enfants, on ne peut pas parler de violence conjugale sans parler d'exposition des enfants à la violence conjugale. De plus, certains enfants sont à la fois exposés à la violence conjugale et victimes d'autres formes de maltraitance (Appel & Holden, 1998; Goddard & Bedi, 2010; Holden, 2003; Holt, Buckley & Whelan, 2008; Lavergne, Chamberland, Laporte & Baraldi, 2003; Lessard, Damant, Hamelin-Brabant, Pépin-Gagné & Chamberland, 2009; Margolin *et al.*, 2009). La prévalence de la concomitance de ces deux phénomènes varierait d'ailleurs entre 40 % et 55 % (Goddard & Bedi, 2010). D'autres auteurs affirment que la prévalence de la concomitance varie d'une étude à l'autre, alors que le taux de cooccurrence entre la violence conjugale et la violence physique envers les enfants se situerait entre 45 % et 70 % (Holt *et al.*, 2008).

L'EXPOSITION À LA VIOLENCE CONJUGALE

Les enfants vivant dans un milieu familial où la violence conjugale sévit sont dits «exposés à la violence conjugale». Dans les situations de violence conjugale, les enfants peuvent être des témoins, directs ou indirects, de la violence entre leurs parents (Lessard *et al.*, 2009).

Les enfants exposés à la violence conjugale sont impliqués lors des épisodes de violence entre leurs parents, et ce, de différentes façons. Tout d'abord, ils peuvent voir les épisodes, les entendre par-delà une autre pièce ou participer plus directement aux épisodes (Holden, 2003; Lessard *et al.*, 2009). Par exemple, ils peuvent tenter de s'interposer entre les deux parents lors d'un épisode ou être utilisés par le parent agresseur pour exercer de la violence envers le parent victime. Les enfants seront, de plus, confrontés aux effets de la violence à la suite d'un épisode : ils peuvent notamment voir les blessures du parent victime de violence, être témoins d'une intervention policière. Le concept d'exposition comprend aussi le fait de vivre dans un climat de peur et de tension.

QUELQUES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES : LES CONSÉQUENCES DE L'EXPOSITION À LA VIOLENCE CONJUGALE

Les recherches indiquent clairement les conséquences possibles de la violence conjugale sur les enfants, touchant différentes sphères de leur développement: problèmes de santé physique et mentale; problèmes de fonctionnement social en raison de lacunes sur le plan des habiletés sociales; problèmes cognitifs et académiques; troubles d'adaptation graves (intériorisés et extériorisés) dont le syndrome de stress post-traumatique; intégration de stéréotypes sur les relations hommes/femmes qui risquent d'entraîner à moyen et long termes une reproduction de la violence dans leurs relations amoureuses, que ce soit à l'adolescence ou à l'âge adulte (Bogat, DeJonghe, Levendosky, Davidson & Von Eye, 2006; Bourassa, 2006; Evans, Davies & DiLillo, 2008; Kelly & El-Sheikh, 2013; Kitzmann, Gaylord, Holt & Kenny, 2003; Lessard *et al.*, 2009; Levendosky, Bogat & Martinez-Torteya, 2013; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith & Jaffe, 2003).

LA MALTRAITANCE

Dans les familles où la violence conjugale sévit, les enfants se retrouvent souvent des victimes directes de gestes violents. La violence ou la maltraitance à l'endroit des enfants représente « toute violence physique, psychologique (psychosociale) et sexuelle infligée à des enfants par abus, négligence ou exploitation, comme des actes commis ou omis de forme directe ou indirecte (avec accent mis sur la violence intentionnelle), qui met en danger ou nuit à la dignité, à la condition physique, psychologique ou sociale ou au développement de l'enfant » (Unicef, 2006, cité dans Dufour, 2009 : 4).

LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

Au Québec, la Loi sur la protection de la jeunesse, adoptée en 1977 et entrée en vigueur en 1979, constitue le cadre légal régissant l'intervention dans le domaine de la protection de la jeunesse (Moreau, Cabaret & Carignan, 2009). Cette loi a été modifiée à quelques reprises depuis son adoption. La dernière modification a eu lieu en 2006, alors que certaines notions sont introduites dans cette loi, dont celle de mauvais traitements psychologiques. Selon la Loi sur la protection de la jeunesse, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis dans les situations : 1) d'abandon 2) de négligence 3) de mauvais traitements psychologiques 4) d'abus sexuels 5) d'abus physiques 6) de troubles de comportement sérieux (Gouvernement du Québec, 2013).

Ainsi, au sens de cette loi, un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse doit être effectué lors des situations de maltraitance envers les enfants. Depuis 2006, avec l'adoption du projet de loi 125, la Loi sur la protection de la jeunesse reconnaît que l'exposition à la violence conjugale et familiale est l'une des formes de mauvais traitements psychologiques susceptibles de représenter un risque pour le développement et la sécurité des enfants (Gouvernement du Québec, 2006).

LA TYPOLOGIE DE JOHNSON

Johnson (2008) remarque qu'il y a des controverses entre intervenants au sujet de la violence conjugale. Selon lui, ces controverses résultent du fait que les intervenants ne parlent pas de la même chose : ils parlent de dynamiques de violence conjugale différentes. Les dynamiques de violence conjugale auxquelles ils sont confrontés varient selon les organisations pour lesquelles ils travaillent. Ces organisations divergent tant dans leur mandat qu'en ce qui a trait à clientèle desservie. Cette constatation a aussi pu être observée au cours de l'expérimentation dans la région de Québec. En effet, plusieurs désaccords ont pu être observés parmi les intervenants qui rencontrent des situations de violence conjugale dans leur pratique, ce qui peut compliquer leur entente sur ce que constitue la violence conjugale.

QUELQUES RÉSULTATS PROVENANT DE LA DÉMARCHE DE CONCERTATION EXPÉRIMENTÉE : DIVERGENCES PARMIS LES INTERVENANTS

Les divergences identifiées concernent principalement :

La compréhension de la dynamique de violence conjugale :

- certains intervenants considèrent que la violence verbale est parfois banalisée par rapport à la violence physique;
- certains intervenants décrivent la violence comme étant mutuelle dans une dynamique de couple conflictuelle alors que d'autres perçoivent davantage la victimisation des femmes;
- des idées préconçues sur la problématique sont aussi véhiculées par certains intervenants.

Les impacts perçus de l'exposition des enfants à la violence conjugale :

- certains intervenants identifient davantage les conséquences de la violence conjugale sur les enfants, particulièrement dans les cas où la violence exercée est de nature verbale

C'est en réponse à de telles controverses que Michael P. Johnson (2006, 2008) propose une typologie des différentes dynamiques de violence conjugale. Ses recherches démontrent que la violence conjugale n'est pas un phénomène homogène : il existe différentes dynamiques de violence conjugale. Dans ses travaux, il différencie d'ailleurs quatre principales dynamiques : 1) le terrorisme intime, 2) la résistance violente, 3) la violence situationnelle et 4) le contrôle violent mutuel. Cette typologie représente un outil qui peut aider les intervenants à entrevoir les diverses dynamiques de violence conjugale qu'il est possible de rencontrer dans la pratique, incluant celles qui sont plus rarement rencontrées dans leur propre contexte organisationnel. Cette typologie fournit donc des repères essentiels pour cerner le phénomène complexe de la violence conjugale. Il importe de différencier les dynamiques de violence vécues, puisque chacune présente des caractéristiques spécifiques et appelle à des interventions adaptées dans le but d'assurer une meilleure sécurité pour les victimes, particulièrement celles qui se retrouvent prises dans une dynamique de contrôle coercitif.

LA NOTION DE CONTRÔLE COERCITIF AU CŒUR DE LA TYPOLOGIE DE JOHNSON

Pour Johnson (2008), la notion de contrôle coercitif est fondamentale car elle permet de distinguer les quatre différentes dynamiques de violence conjugale. Pour certains auteurs de violence, la violence est une tactique parmi d'autres utilisée pour exercer un contrôle sur le partenaire. Pour d'autres, la violence vise à répondre à la tentative de leur partenaire d'exercer un contrôle sur eux. Puis, pour certains autres, les notions de contrôle et de pouvoir ne sont pas centrales dans l'exercice de la violence.

La coercition se définit comme le fait d'amener une personne à agir conformément aux attentes du partenaire. Pour qu'on puisse déceler une dynamique de coercition, deux conditions doivent être réunies : 1) une variété de stratégies sont utilisées pour contrôler le partenaire et 2) des « règles » ou des « normes » sont établies, de façon explicite ou non, le partenaire victime et les enfants devant s'y soumettre pour éviter de subir des agressions physiques ou verbales. Afin de déterminer si une situation s'inscrit dans un contexte général de contrôle coercitif, Johnson (2006) propose de vérifier la présence de certaines tactiques de contrôle dans la relation.

LES PRINCIPALES TACTIQUES DE CONTRÔLE	
LA VIOLENCE ÉMOTIONNELLE	Ne pas répondre aux besoins affectifs de l'autre, exercer de la violence psychologique dans le but de contrôler l'autre.
LES MENACES	Menacer de retirer un privilège, de punir, d'utiliser la force physique ou de s'en prendre à l'autre, aux enfants, aux animaux, aux objets.
L'ISOLEMENT	Contrôler les sorties, les déplacements et les fréquentations de l'autre, l'empêcher d'aller à certains endroits ou de voir certaines personnes.
L'UTILISATION DES ENFANTS LORS DES ÉPISODES	Diriger la colère envers les enfants, exercer de la violence envers les enfants, dans le but de contrôler l'autre et d'obtenir ce que l'on veut.
LES PRIVILÈGES ET LES PUNITIONS	Amener le partenaire à faire ce qui est désiré par le conjoint qui exerce la violence, en accordant des privilèges en cas de «bonne conduite» et des sanctions en cas de «mauvaise conduite». La visée est de contrôler les comportements de l'autre.
LE CONTRÔLE ÉCONOMIQUE	Contrôler les finances de l'autre, lui demander de rendre des comptes sur ses dépenses.
LE CONTRÔLE SEXUEL	Contraindre l'autre à avoir des relations ou des pratiques sexuelles non désirées (toujours dans le but de contrôler l'autre).

LES DIFFÉRENTES DYNAMIQUES DE VIOLENCE CONJUGALE SELON LA TYPOLOGIE DE JOHNSON

1) LE TERRORISME INTIME

Il s'agit de la forme de violence conjugale la plus connue jusqu'à présent. Les travaux féministes, notamment, ont grandement contribué à la connaissance de cette forme de violence : le terrorisme intime constitue dès lors la base des théories féministes en violence conjugale. D'ailleurs, le terrorisme intime constitue la forme de violence la plus souvent rencontrée dans les maisons d'hébergement, dans les urgences médicales ainsi que par les milieux judiciaires. Dans les relations hétérosexuelles, cette forme de violence est majoritairement et presque exclusivement (97%) perpétrée par les hommes et dirigée vers leur conjointe (Johnson, 2006).

La principale caractéristique du terrorisme intime est qu'il s'inscrit dans un contexte général de contrôle coercitif, tel que décrit précédemment. La motivation à exercer la violence résulte du désir de contrôler, de dominer, et le conjoint utilisant ce type de violence est prêt à tout pour ce faire. Il usera donc de violence physique, mais également de nombreuses autres stratégies ayant une visée d'imposition de son pouvoir et de son contrôle sur l'autre. Outre les tactiques de contrôle décrites dans le tableau à la page précédente, cette dynamique se caractérise aussi par la surveillance assidue des faits et gestes de la victime et par la réduction progressive de sa résistance en détruisant sa confiance et son estime d'elle-même. Avec le temps, la victime en arrive à croire qu'elle n'est rien en dehors de la relation avec son conjoint.

Dans cette optique, plus la victime offre une résistance aux « attaques violentes », plus le terroriste intime fera appel à de nouvelles stratégies afin d'atteindre son objectif. Les terroristes intimes ont également tendance à exercer leur contrôle sur les enfants et à les impliquer dans les épisodes de violence conjugale. Ils peuvent aller jusqu'à s'en prendre au lien d'attachement du parent victime envers l'enfant, toujours dans le but d'obtenir un contrôle sur lui (Johnson, 2008).

Les conséquences du terrorisme intime sont nombreuses et graves. La peur et la terreur sont des sentiments caractéristiques ressentis par les victimes. Sur le plan de la santé physique, le terrorisme intime est associé à un plus grand risque de blessures physiques sévères dont la mort et, en cas d'agressions sexuelles, à un plus grand risque de contracter une infection transmissible sexuellement, de développer des problèmes gynécologiques, d'avoir une grossesse non désirée ou de mettre au monde un enfant de petit poids. Sur le plan psychologique, la perte de confiance en soi est fréquente, de même que le développement de troubles anxieux, dont des symptômes de stress post-traumatique et des troubles dépressifs (Johnson, 2008; Organisation mondiale de la santé, 2013).

Si les épisodes de violence de type terrorisme intime ont généralement tendance à être de plus en plus fréquents et sévères avec le temps, la caractéristique qui aide surtout à distinguer le terrorisme intime des autres formes de violence conjugale est la présence de stratégies de contrôle. Il est important de souligner que, si les stratégies de contrôle plus subtiles fonctionnent relativement bien, il est possible qu'on ait affaire à une dynamique de type terroriste même si les comportements violents en tant que tels semblent moins sévères.

Dans cette dynamique, la violence est asymétrique, puisqu'un seul des deux partenaires exerce des comportements violents. Selon Johnson, seulement 25% des femmes victimes de terrorisme intime n'auraient jamais utilisé la violence envers le partenaire. Mais, malgré cette statistique, Johnson souligne que la mutualité n'est pas avérée. En effet, l'homme serait violent 13 fois plus souvent que sa femme et cinq fois plus enclin à lui infliger des blessures sévères. De plus, les femmes qui exercent de la violence dans le cadre d'une dynamique de type terrorisme intime cesseraient généralement de le faire environ deux ans avant la fin de la relation, parce qu'elles craignent de plus en plus les représailles du conjoint et veulent éviter d'augmenter les risques pour leur sécurité ou celle de leurs enfants.

Les hommes qui exercent de la violence de type terrorisme intime ont généralement tendance à normaliser la violence, à minimiser ou nier leurs comportements violents, à transporter sur leur conjointe ou sur les enfants le blâme et la responsabilité de la violence qu'ils exercent. Ce sont souvent des individus plus enclins à être impulsifs, hostiles envers les femmes et campés dans les rôles de genre traditionnels. Il existe principalement deux types d'hommes exerçant le terrorisme intime (Johnson, 2008) :

1. le terroriste intime dépendant : il se caractérise par une dépendance émotionnelle et c'est cette dépendance qui l'amène à vouloir contrôler sa partenaire. Il est jaloux, obsédé par sa partenaire, très contrôlant. En dehors de la relation conjugale ou de la famille, il n'utilise pas nécessairement la violence;
2. le terroriste intime antisocial : il se caractérise par la présence de traits antisociaux (absence d'empathie, tendance à transgresser les normes sociales et les droits d'autrui, agressivité, mensonges). La violence serait exercée tant à l'intérieur qu'en dehors de la famille.

QUELQUES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Selon plusieurs auteurs, les femmes courent un plus grand risque que les hommes d'être victimes de gestes de violence conjugale graves et létaux (Bureau of Justice Statistics, 2007; Harrison, 2008; Jaffe, Lemon & Poisson, 2003; World Health Organization, 2002, cités dans Holt *et al.*, 2008).

Les homicides suivis d'un suicide représentent la manifestation la plus grave de violence familiale (Statistique Canada, 2011). Entre 2001 et 2011, dans 97% des cas d'homicide-suicide entre conjoints (inclut les personnes mariées, en union libre, séparées ou divorcées) les auteurs présumés étaient des hommes (Statistique Canada, 2011).

2) LA RÉSISTANCE VIOLENTE

Dans cette dynamique de violence, un des deux partenaires exerce du terrorisme intime : ses comportements sont violents et il tente de contrôler l'autre. Toutefois, à la différence du terrorisme intime, la victime de cette violence s'oppose au contrôle et y « résiste » par la violence, sans toutefois tenter d'exercer un contrôle sur le partenaire violent. Cette résistance peut prendre différentes formes, mais essentiellement, elle constitue une réaction aux agressions physiques ou psychologiques, dans le but de faire cesser la violence. Les stratégies utilisées par la victime afin

de se défendre, se protéger ou mettre un terme à la violence évolueront avec la reconnaissance et la compréhension de la victime de ce qu'elle vit. Elles sont variées et vont de la tentative de raisonnement du partenaire jusqu'au recours à l'aide professionnelle ou judiciaire. Paradoxalement, les stratégies tentées par les victimes de terrorisme peuvent parfois aussi être violentes.

Johnson (2008) distingue deux types de résistance violente :

1. **les comportements de défense** : en réponse à un assaut, ils visent à se défendre, à se protéger;
2. **les comportements découlant de la colère et la frustration** : ils sont l'expression de la frustration découlant des abus perpétrés sur une longue période de temps.

Dans les cas plus graves, la violence de résistance peut conduire jusqu'à l'homicide du conjoint violent. La victime du terroriste intime peut en venir à croire que le meurtre est la seule solution possible pour que la violence cesse.

3) LA VIOLENCE SITUATIONNELLE

La caractéristique majeure de cette dynamique de violence, et celle qui la distingue des autres, repose essentiellement sur le fait que la dynamique de pouvoir et de contrôle n'est pas centrale. Dans cette forme de violence, il y a donc rarement des tentatives d'obtenir le contrôle sur le partenaire et, de ce fait, peu de stratégies sont utilisées à cette fin. Tel que son nom l'indique, cette violence est situationnelle et survient généralement à la suite des tensions, des émotions plus difficiles à gérer ou des désaccords au sein du couple. Les conflits peuvent suivre une escalade qui aboutit à l'usage de la violence. Les sources de conflits les plus fréquentes menant à ce type de violence concernent les soucis financiers, les enfants, la division des tâches à la maison ou la consommation d'alcool ou de drogues.



À l'origine de cette forme de violence, nous retrouvons souvent des déficiences de la part d'un ou des deux partenaires dans l'expression de certaines émotions, dont la colère ou la frustration. Il peut aussi s'agir d'une tentative inadaptée d'obtenir l'écoute ou l'attention de l'autre. Les études démontrent que cette forme de violence est plus souvent initiée par la femme. Cet élément est à l'origine de la fausse croyance voulant que les femmes exercent autant de violence conjugale que les hommes.

Les épisodes de violence situationnelle peuvent être rares et isolés ou revenir régulièrement et être chroniques. Bien que la violence survienne dans un contexte particulier et qu'elle ne s'inscrive pas dans un « pattern » de contrôle, elle peut être sévère et entraîner des conséquences majeures, similaires à celles entraînées par le terrorisme intime, et qui dépendent de la répétition et la sévérité de la violence. Les blessures sévères seraient toutefois moins présentes que dans les situations de terrorisme intime (Johnson, 2008).

4) LE CONTRÔLE VIOLENT MUTUEL

Dans les situations de contrôle violent mutuel, les deux partenaires exercent des comportements violents et la violence a, pour les deux partenaires, un but de contrôle sur l'autre. C'est donc dire que le couple se compose de deux «terroristes intimes». Il existe très peu de cas où les deux partenaires sont violents et désirent contrôler l'autre. C'est sans doute pour cette raison que cette forme de violence est moins connue jusqu'à présent.

TABLEAU SYNTHÈSE DE LA TYPOLOGIE DE JOHNSON

		LES DEUX PARTENAIRES	UN SEUL PARTENAIRE
TACTIQUES DE CONTRÔLE 	+	CONTRÔLE VIOLENT MUTUEL <ul style="list-style-type: none"> ▸ Présence de tactiques de contrôle de la part des deux conjoints. ▸ Cas très rares. 	TERRORISME INTIME <ul style="list-style-type: none"> ▸ Le désir de contrôler l'autre est le motif principal des comportements de violence. ▸ Conséquences graves sur la victime. ▸ Risque de blessures graves.
		VIOLENCE SITUATIONNELLE <ul style="list-style-type: none"> ▸ Conflits conjugaux qui aboutissent à de la violence. ▸ Tactiques de contrôle peu présentes. 	RÉSISTANCE VIOLENTE <ul style="list-style-type: none"> ▸ Le motif est de se défendre contre les tactiques de contrôle d'un terroriste intime.
			 TACTIQUES DE CONTRÔLE

MODÈLE THÉORIQUE : SOCIOLOGIE DE L'INNOVATION

Explique le processus d'élaboration d'une solution novatrice pour résoudre des controverses et réunir les acteurs concernés autour d'un projet commun

ÉTAPES DE L'IMPLANTATION D'UNE PRATIQUE CONCERTÉE :

1. Mise sur pied d'un comité de coordination et nomination d'un intervenant de référence
 - Comité rattaché aux instances locales de concertation
 - Rôle central du comité et de l'intervenant de référence
 - Au moins un représentant de chacune des 3 expertises suivantes :
 - sécurité et la protection des enfants maltraités
 - intervention auprès des femmes et des enfants en contexte de violence conjugale
 - intervention auprès des hommes ayant des comportements violents
2. Identification des controverses, points de convergence et besoins spécifiques des acteurs concernés
3. Élaboration d'une stratégie de concertation
 - Possibilité d'adapter le modèle proposé dans ce guide
4. Implantation de la stratégie de concertation

ASPECTS NOVATEURS DE LA PRATIQUE CONCERTÉE :

- Mise en commun systématique des 3 principales expertises cliniques en violence conjugale et en maltraitance, associant des experts externes au besoin
- Objectif centré sur l'inter-influence des expertises
- Si possible, l'animateur n'est pas rattaché à un milieu de pratique en particulier mais relève plutôt des instances locales de concertation
- Souci accordé à l'égalisation des rapports de pouvoir

Ce chapitre s'adresse davantage aux gestionnaires désireux d'implanter une pratique concertée dans leur région. Elle retrace et décrit chacune des étapes expérimentées lors de l'implantation de la pratique concertée dans la région de Québec, en étroite collaboration avec les différents organismes qui travaillent en violence conjugale et en maltraitance. Ce processus est préalable à la réalisation des rencontres de concertation, puisqu'il pose les bases de la collaboration entre les organismes et permet à la fois de mieux définir les besoins des différents organismes, tout en soutenant le développement d'une vision commune du travail en concertation. Il est par conséquent primordial de ne pas escamoter ces étapes, si on souhaite implanter et ancrer solidement une pratique concertée. Ce chapitre présente d'abord le modèle théorique ayant mené à l'élaboration de la stratégie de concertation. Par la suite, à l'aide d'un schéma qui synthétise la démarche expérimentée dans la région de Québec, nous expliquerons les étapes qui ont conduit à l'implantation de la pratique concertée.

UN MODÈLE INSPIRÉ DE LA SOCIOLOGIE DE L'INNOVATION

Le cadre théorique de référence, soit la sociologie de l'innovation (Amblard, Bernoux, Herreros & Livian, 1996; Bilodeau, Lapierre & Marchand, 2003) a été utile pour baliser le processus de développement et d'implantation de la pratique concertée. Cette théorie propose une manière de réconcilier les intérêts différenciés des acteurs concernés, avec l'objectif de construire un projet commun, à travers une approche cyclique très cohérente avec la démarche de recherche-action qui a été privilégiée dans notre expérimentation.

Ce modèle théorique suggère que l'innovation sociale se crée à travers quatre phases inter-reliées. D'abord, la situation doit être analysée de manière à mieux comprendre les acteurs en présence, leurs intérêts respectifs, ce qui les rallie et ce qui les distingue; ce processus est nommé la problématisation. Deuxièmement, des stratégies doivent être élaborées pour intéresser les acteurs au problème et sceller des alliances; il s'agit de la phase d'intéressement. Troisièmement, des rôles doivent être définis, négociés et acceptés par chaque groupe d'acteurs, de manière à permettre leur enrôlement dans le projet collectif. Enfin, des efforts doivent être investis de façon constante afin de maintenir la mobilisation des acteurs dans l'action (Amblard *et al.*, 1996). Bilodeau *et al.* (2003) ont très bien vulgarisé ce modèle théorique en l'appliquant entre autres à la problématique de violence conjugale; leur outil est disponible en ligne :

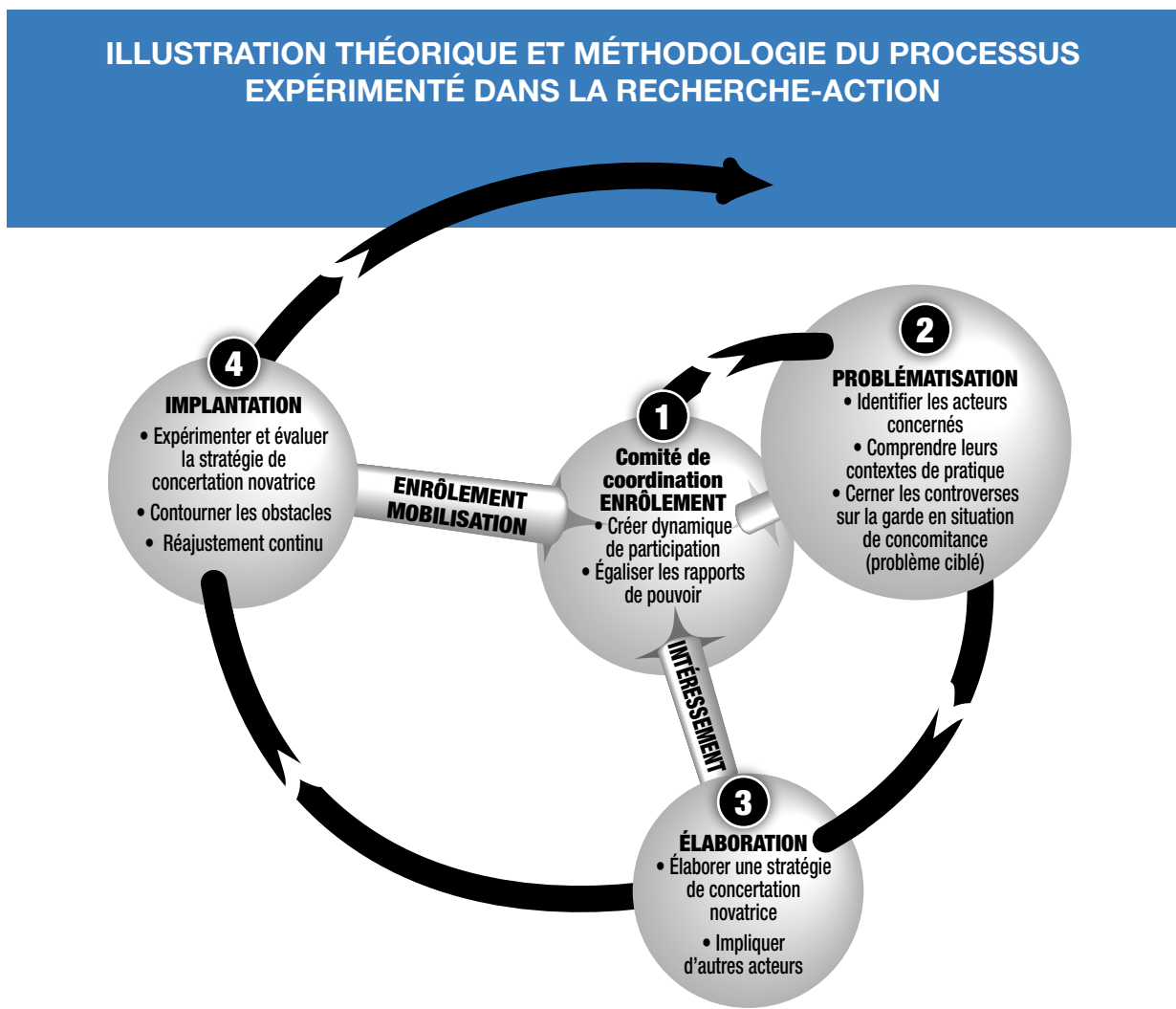
www.rqvvs.qc.ca/documents/file/parteneriat-comment-ca-marche.pdf .

ÉTAPES VERS L'IMPLANTATION D'UNE PRATIQUE CONCERTÉE

En nous appuyant sur les fondements théoriques de la sociologie de l'innovation, nous proposons que l'implantation d'une pratique concertée se déroule à travers quatre étapes principales, soit :

1. la mise sur pied d'un comité de coordination de manière à favoriser la participation effective des organismes concernés;
2. l'identification des controverses, problèmes et besoins spécifiques des acteurs régionaux;
3. l'élaboration d'une stratégie de concertation spécifiquement adaptée au contexte régional;
4. l'implantation de la stratégie de concertation.

NOUS AVONS ILLUSTRÉ CE PROCESSUS À L'AIDE DU SCHÉMA SUIVANT :



Il est important de noter que ce schéma n'est pas présenté de manière linéaire, mais sous forme de spirale. Ce choix n'est pas anodin, puisque l'implantation d'une pratique concertée requiert des allers-retours constants entre les différentes étapes et avec le comité de coordination, principalement en début de processus, afin de favoriser l'ancrage et le maintien dans le temps de la stratégie implantée.

ÉTAPE 1 : MISE SUR PIED DU COMITÉ DE COORDINATION ET NOMINATION DE L'INTERVENANT DE RÉFÉRENCE

IMPORTANCE ET MANDAT DU COMITÉ DE COORDINATION. Afin d'implanter une pratique concertée de manière efficace et engagée, il est essentiel de mettre sur pied un comité de coordination du projet, qui devrait être rattaché aux instances locales de concertation dans la région. Il faut aussi nommer un responsable du projet que nous nommons dans ce guide « intervenant de référence ». Cette personne sera en charge de l'implantation concrète de la pratique concertée et, par conséquent, assurera les liens entre le comité de coordination et les intervenants des différents milieux de pratique intéressés à participer à la stratégie de concertation. Le mandat du comité de coordination est de décider des modalités d'application concrète de la stratégie en fonction des réalités ou besoins de chaque territoire ou région. Il joue donc un rôle stratégique et central pour l'implantation de la pratique concertée. Les membres contribuent à soutenir le travail de l'intervenant de référence en participant activement à la promotion de la pratique concertée et à la mobilisation des acteurs concernés dans leur milieu de pratique.

COMPOSITION. Lors de l'expérimentation dans la région de Québec, le comité de coordination était composé d'intervenants de milieux communautaires et institutionnels ainsi que de gestionnaires d'organismes communautaires. Toutefois, les gestionnaires qui ont participé au comité conservaient une proximité importante avec la pratique des intervenants sur le terrain. Cette composition mixte (intervenants/gestionnaires) a favorisé la prise en considération des enjeux à la fois cliniques et organisationnels. Bien que d'autres modèles puissent être privilégiés pour la composition du comité de coordination, il demeure essentiel à notre avis qu'au moins un représentant de chacune des trois expertises principales en violence conjugale et en maltraitance siège sur ce comité. Ces expertises sont :

1. la sécurité et la protection des enfants;
2. l'intervention auprès des femmes et des enfants en contexte de violence conjugale;
3. l'intervention auprès des hommes ayant des comportements violents.

Ainsi, en plus de l'intervenant de référence, le comité de coordination regroupe des représentants des milieux communautaires et institutionnels qui travaillent auprès des familles confrontées à de la violence conjugale ou de la maltraitance : maisons d'hébergement, organismes qui viennent en aide aux conjoints ayant des comportements violents, centres jeunesse, organismes offrant le service de supervision des droits d'accès, Centres de santé et services sociaux ou toute autre ressource concernée.

FRÉQUENCE DES RENCONTRES. Le comité peut se réunir plus souvent au début du processus d'implantation de la pratique concertée (ex. : l'expérimentation dans la région de Québec a nécessité que les rencontres aient lieu chaque deux mois au début du processus), et par la suite au moins 2 ou 3 fois par année. Ce fonctionnement permet d'assurer un ancrage plus solide et la pérennité de la pratique concertée en cours d'implantation.

COMMENT MOBILISER LES ACTEURS CONCERNÉS?

Diverses stratégies peuvent être privilégiées pour solliciter la participation des organismes à se joindre au comité de coordination. Par exemple, il peut s'agir d'une présentation de la pratique concertée auprès des instances existantes comme les tables de concertation en violence conjugale. La sollicitation des organismes peut aussi se faire par une personne désireuse d'implanter cette stratégie dans sa région. Ce qui importe, toutefois, est l'engagement des membres du comité dans la démarche, élément sans lequel il ne sera pas possible d'implanter la stratégie.

COMMENT CHOISIR L'INTERVENANT DE RÉFÉRENCE?

La première tâche du comité de coordination est de nommer un intervenant de référence, qui se chargera des aspects les plus concrets de l'organisation de la pratique concertée et qui sera le porte-parole du comité auprès des organismes participant à cette pratique. Cet intervenant peut provenir de n'importe quel milieu, mais l'expérience de la région de Québec démontre qu'il est extrêmement facilitant que cette personne soit la plus impartiale possible face aux différents organismes, c'est-à-dire qu'elle ne soit pas associée à un milieu de pratique en particulier. En effet, puisque cette personne sera en charge de l'organisation et de l'animation des rencontres de concertation, elle aura à s'assurer d'égaliser les rapports de pouvoir potentiellement présents entre les intervenants et, pour ce faire, l'impartialité est un atout important. Il pourrait donc être opportun de choisir une personne liée à une table de concertation, par exemple, afin de respecter ce critère d'impartialité, ou d'engager spécifiquement une ressource à cet effet. Puisque l'expertise en violence conjugale est davantage portée par le milieu communautaire, alors que l'expertise en maltraitance s'est développée en milieu institutionnel, il faut porter une attention particulière à ce que les modalités de coordination de la pratique concertée ne soient pas reléguées à un seul de ces contextes de pratique.

LES RÔLES D'INTÉRESSEMENT, D'ENRÔLEMENT ET DE MOBILISATION

À chaque étape de l'implantation de la stratégie de concertation, le comité de coordination aura un rôle important à jouer sur le plan de l'intéressement, de l'enrôlement et de la mobilisation. Il s'agit alors pour chacun des membres de faire le lien entre le comité de coordination et son propre milieu d'appartenance, de faire la promotion de la stratégie retenue afin d'intéresser ses collègues à l'utiliser et de les mobiliser ensuite dans l'action, afin d'implanter et d'ancrer la pratique concertée dans leur quotidien en intervention auprès des familles vivant de la violence conjugale et de la maltraitance. Plusieurs stratégies peuvent être utilisées à cet effet : de courtes formations sur la pratique concertée; des bulletins distribués par courriel aux collègues pour rappeler la stratégie; l'utilisation de sites Internet ou Intranet; le travail en étroite collaboration avec les ressources spécialisées ou avec les gestionnaires n'en sont que quelques exemples. En fait, le comité de coordination pourra retenir ou imaginer les solutions qui conviennent le mieux aux pratiques locales. L'important est de garder vivante la pratique concertée dans l'esprit des intervenants sociaux souvent débordés.

ÉTAPE 2 : IDENTIFICATION DES CONTROVERSES, PROBLÈMES ET BESOINS SPÉCIFIQUES DES ACTEURS RÉGIONAUX

Une fois le comité de coordination composé, il est nécessaire, avant d'implanter concrètement la pratique concertée, que les membres prennent le temps de mieux cerner les controverses et les points de convergence entre les acteurs concernés. Nous entendons par « controverses » les points de désaccord ou de friction qui existent entre les différents organismes, et qui rendent souvent la collaboration entre les intervenants plus difficile. Le fait d'accorder un certain temps à cette étape offrira un contexte favorable à la création d'une dynamique de participation et à l'égalisation des rapports de pouvoir, sans lesquels il serait difficile d'implanter une pratique concertée. Puisque les acteurs, ressources et organismes ont chacun leur particularité, il est primordial de prendre le temps de bien vivre cette étape, afin de dénouer les impasses possibles qui nuiraient, voire empêcheraient l'ancrage de la pratique concertée.

COMPRENDRE LES CONTEXTES DE PRATIQUE

Notre expérience dans la région de Québec montre que si les intervenants ont parfois l'impression de bien connaître les autres milieux, lorsqu'ils prennent le temps d'échanger ensemble autour de situations réelles, ils s'aperçoivent bien vite que cette connaissance de leurs partenaires reste encore à développer. En effet, les différents enjeux et le rationnel derrière les interventions de chaque milieu demeurent souvent méconnus. Expliquer et comprendre les différents contextes d'intervention, les modalités propres à chaque organisme, les trajectoires de services empruntés par les familles s'avère un puissant outil pour mettre en place la collaboration nécessaire à l'implantation d'une pratique concertée.

ÉGALISER LES RAPPORTS DE POUVOIR

Il est aussi important de ne pas nier les rapports de pouvoir qui peuvent exister entre les différents intervenants et organismes, mais de les aborder ouvertement et d'en discuter afin de les diminuer le plus possible, car une pratique concertée implique le respect de chacune des expertises et une réelle volonté de se laisser influencer par l'expertise des autres. À cet effet, il peut être utile, lors des premières rencontres du comité de coordination, de compléter un journal de bord individuel et anonyme où chacun aura la place nécessaire pour s'exprimer, et de faire un retour en groupe par la suite pour dénouer les impasses possibles. De plus, la participation de chaque membre du comité aux différentes étapes de décision aidera à la réduction des rapports de pouvoir. Cette dynamique de participation se construit sur la base de l'ouverture de chaque membre à la réalité des autres, du respect des autres expertises et de l'instauration progressive d'un climat de confiance.

CERNER LES CONTROVERSES ET LES POINTS DE CONVERGENCE

Il est également nécessaire de discuter ouvertement des différentes façons de concevoir l'intervention auprès des familles vivant de la violence conjugale et de la maltraitance. Ces discussions, qui peuvent sembler banales de prime abord, deviendront rapidement animées

puisqu'il y sera question de sujets sensibles. Par exemple, on peut trouver des différences entre les milieux de pratique concernant la définition de la violence conjugale ou de la maltraitance ainsi que concernant la cible d'intervention à privilégier, soit la violence conjugale ou la maltraitance. Ces discussions feront ressortir les différentes controverses dans l'intervention en violence conjugale et en maltraitance. Elles feront également ressortir les convergences, c'est-à-dire les points où tout le monde est d'accord. C'est à partir de ces points de convergence qu'une réelle collaboration peut naître, puisque si tout le monde travaille ensemble sur ce qui fait consensus, il est plus facile de trouver des solutions quant aux controverses identifiées. Si le comité de coordination reste au cœur de la démarche visant à mieux cerner les controverses, il est également important que d'autres acteurs des milieux partenaires soient impliqués dans cette réflexion. Le temps accordé à cette réflexion collective sera également bénéfique pour les intervenants qui participeront par la suite aux rencontres de discussion clinique.

Voici quelques exemples de questions que le comité de coordination peut poser aux acteurs locaux concernés :

- ▶ Qu'est-ce qui existe déjà comme structures de concertation?
- ▶ Ces structures sont-elles bien adaptées aux problématiques de violence conjugale et de maltraitance?
- ▶ Sont-elles suffisamment utilisées?
- ▶ Sinon, quels sont les obstacles à leur utilisation?
- ▶ Les modalités existantes sont-elles efficaces pour égaliser les rapports de pouvoir entre les organismes?
- ▶ Quels sont les aspects du problème et des solutions suscitant le plus de controverses?
- ▶ Quels sont les points de ralliement sur lesquels tous s'entendent?

À titre d'exemple, au cours de la recherche-action qui a précédé la production de ce guide (Lessard, 2011), l'équipe de recherche a organisé des groupes de discussion dans chaque secteur de pratique de la région de Québec. L'analyse qualitative du contenu de ces groupes de discussion a permis d'identifier les principales controverses et les points de convergence dans l'intervention auprès des familles vivant de la violence conjugale et de la maltraitance. Par la suite, deux journées de travail en groupe intersectoriel ont permis de débattre de ces controverses et points de convergence, de manière à jeter les bases essentielles à l'élaboration de la stratégie de concertation. Ces sessions de travail ont joué un rôle important à la fois pour assurer une meilleure cohésion au sein du comité de coordination, mais également pour amener chacun de ses membres à mieux comprendre les réalités des autres milieux de pratique. Les controverses ainsi identifiées dans la région de Québec correspondent d'ailleurs à celles de plusieurs recherches portant sur la question (Fox, Sayers & Bruce, 2001; Jaffe, Lemmon & Poisson, 2005; Lapierre, Lessard & Turcotte, 2004; Stover, Van Horn, Turner, Cooper & Lieberman, 2003).

QUELQUES RÉSULTATS PROVENANT DE LA DÉMARCHE DE CONCERTATION EXPÉRIMENTÉE : DIVERGENCES ENTRE LES INTERVENANTS

1. LA PERTINENCE DE TRAVAILLER LES HABILITÉS PARENTALES DU PÈRE QUI EXERCE DE LA VIOLENCE CONJUGALE AFIN DE FAVORISER LE MAINTIEN DE LA RELATION AVEC SON ENFANT

La position des intervenants diffère en ce qui a trait à la nécessité d'encourager ou non le maintien de contacts entre le père qui exerce de la violence conjugale et son ou ses enfants. Alors que les intervenants des milieux offrant des services plus directs aux hommes exerçant de la violence et des services de droits d'accès se montrent généralement plus favorables à la poursuite de la relation père-enfant, ceux des maisons d'hébergement et des centres jeunesse estiment qu'il est difficile d'encourager de tels contacts sans compromettre la sécurité des victimes. Les intervenants des Centre de santé et de services sociaux adoptent quant à eux une position plus partagée, certains se disant plus favorables que d'autres à faciliter la poursuite du lien entre le père et l'enfant (Lessard *et al.*, 2010).

2. LES RELATIONS DE PARTENARIAT ENTRE LES RESSOURCES EN CONTEXTE VOLONTAIRE, SEMI-VOLONTAIRE OU NON VOLONTAIRE

Il existe plusieurs obstacles qui entravent la collaboration entre les milieux de pratique. Les organismes n'ont pas tous accès aux mêmes ressources, à la fois financières et humaines. Des rapports de pouvoir sont aussi présents entre les organismes communautaires et les services en protection de l'enfance, notamment en raison du pouvoir légal d'enquête dont ces derniers bénéficient. Les intervenants rencontrés au cours de la recherche-action ont mentionné que les organismes communautaires peuvent parfois être contraints à transmettre des informations aux services de protection de l'enfance sans avoir, en retour, les renseignements sur la famille qui leur permettraient eux aussi d'améliorer leurs interventions. De plus, le travail des différents partenaires, institutionnels et communautaires, est souvent méconnu, ce qui entraîne des références ou des demandes qui dépassent leurs mandats respectifs. Enfin, les problèmes de communication et de coordination présents entre les ressources constituent une autre embûche aux relations partenariales et à l'offre de services continus et cohérents aux familles desservies (Lessard *et al.*, 2010).

3. L'IMPORTANCE À ACCORDER À LA RÉALITÉ CULTURELLE DES FAMILLES RENCONTRÉES AINSI QU'AUX FAÇONS DE CONCEVOIR L'INTÉGRATION DE LEURS COUTUMES DANS L'INTERVENTION.

Selon les intervenantes des milieux travaillant avec les communautés culturelles et autochtones, il est difficile pour les ressources en violence d'adapter leurs interventions en fonction des réalités interculturelles. Ainsi, des enjeux spécifiques concernant la garde des enfants émergent des écarts entre la culture québécoise et les cultures différenciées des familles aidées. Notamment, une des difficultés rencontrée par les intervenants serait de respecter les différences culturelles des clients tout en ne banalisant pas la violence qui se vit dans la famille. Sachant que les définitions de la violence ou même de la famille diffèrent beaucoup d'une culture à l'autre, il s'agit d'un défi de taille (Lessard *et al.*, 2010).

Malgré ces divergences, deux aspects font clairement consensus entre les différents groupes d'intervenants; ils sont d'ailleurs au cœur de la pratique concertée présentée dans ce guide!

QUELQUES RÉSULTATS PROVENANT DE LA DÉMARCHE DE CONCERTATION EXPÉRIMENTÉE : CONSENSUS PARMIS LES INTERVENANTS

1. L'IMPORTANCE DE LA COLLABORATION ENTRE LES DIVERS ORGANISMES

Pour bon nombre d'intervenants rencontrés, la collaboration et la concertation apparaissent essentielles pour le bien-être des familles, mais aussi, pour assurer une meilleure compréhension de la situation familiale par les intervenants :

- ▶ « Travailler en collaboration va être positif [pour les] enfants et les parents » (Intervenante auprès des femmes).
- ▶ « Analyse partagée de la situation » (Intervenant auprès des hommes).
- ▶ « L'importance de se concerter d'égal à égal. La maison d'hébergement a des données actuelles et passées sur la situation qui sont essentielles pour la compréhension (données qui doivent être [transmises à la] DPJ. L'importance de se faire confiance mutuellement entre organismes et prendre le temps d'expliquer notre point de vue » (Intervenant, clientèle non spécifiée).

2. L'IMPORTANCE DE LA PROTECTION DES ENFANTS EXPOSÉS ET DES MÈRES VICTIMES

Presque tous les intervenants font mention de leur souci d'accorder la priorité au bien-être, à la sécurité et à la protection des enfants, plusieurs parlent aussi de l'importance d'assurer la sécurité des mères victimes de violence conjugale et de mettre en place des interventions qui vont en ce sens, tel qu'illustré dans les citations suivantes :

- ▶ « Consensus sur qui sont finalement les victimes, soit les enfants » (Intervenante auprès des enfants).
- ▶ « La notion de sécurité et de bien-être des enfants [et] les conséquences de [la violence conjugale] » (Intervenante auprès des femmes)
- ▶ « La pertinence [...] de mesures [mises] en place pour assurer le développement de l'enfant » (Intervenant auprès des hommes).

ÉTAPE 3 : ÉLABORATION OU ADAPTATION DE LA STRATÉGIE DE CONCERTATION

Le comité de coordination pourra adapter ou développer une stratégie de concertation selon les besoins qui émergeront de l'étape précédente. Le modèle retenu dans la région de Québec consiste à organiser des rencontres de concertation pour les intervenants qui travaillent auprès des familles concernées. Ces rencontres prennent la forme de discussions cliniques entre les intervenants au dossier des différents membres de la famille, associant parfois des experts-externes lorsqu'un des volets d'expertise n'est pas représenté par les intervenants au dossier. Cette façon de réaliser la concertation, qui fait l'objet d'une présentation plus détaillée dans le chapitre 3, permet une meilleure prise en considération des enjeux de sécurité.

ÉTAPE 4 : IMPLANTATION DE LA STRATÉGIE DE CONCERTATION

Les rencontres régulières du comité de coordination sont essentielles pour assurer le bon déroulement du projet et procéder aux ajustements qui s'imposent si des obstacles ou enjeux particuliers émergent lors de l'implantation. En effet, certaines difficultés peuvent se présenter dans l'implantation de la pratique concertée, notamment sur le plan 1) du recrutement des familles et des intervenants et 2) des enjeux de sécurité présents dans les familles concernées par la violence conjugale et la maltraitance. L'engagement et la mobilisation collective des différents acteurs impliqués dans le comité de coordination sont essentiels pour que la promotion du projet dans leurs milieux respectifs puisse se faire efficacement et, par conséquent, que l'intervenant de référence soit appuyé concrètement dans le recrutement des intervenants et des familles susceptibles de bénéficier d'une telle pratique concertée. De plus, l'engagement des gestionnaires des différents organismes est aussi nécessaire pour fournir aux intervenants les conditions concrètes (temps, déplacements, prêts de locaux) favorisant leur participation aux rencontres de concertation.

LA PRATIQUE CONCERTÉE : UNE STRATÉGIE NOVATRICE

La pratique concertée décrite dans ce guide est novatrice à plusieurs égards. Nous présentons ci-dessous ses caractéristiques novatrices eu égard aux autres modèles de concertation existants.

LA REPRÉSENTATION SYSTÉMATIQUE DES PRINCIPAUX VOLETS D'EXPERTISE EN VIOLENCE CONJUGALE ET EN MALTRAITANCE

Le premier élément novateur est la mise en commun systématique des différentes expertises en violence conjugale et en maltraitance, soit :

1. la sécurité et la protection des enfants;
2. l'intervention auprès des femmes et des enfants en contexte de violence conjugale et
3. l'intervention auprès des conjoints qui ont des comportements violents.

Inviter des intervenants représentant chacune de ces trois expertises lors des rencontres de concertation permet à tous d'avoir une vision plus globale de la situation familiale et de poser un regard plus critique sur les problèmes rencontrés et les solutions envisagées. Les intervenants peuvent également mieux comprendre les besoins de chacun des membres de la famille, sans pour autant avoir eu la chance de les rencontrer.

Certes, les familles concernées par la violence conjugale et la maltraitance ne reçoivent pas toutes des services d'intervenants appartenant à chaque domaine d'expertise. Afin de nous assurer de cette représentation systématique, nous proposons donc d'ajouter un « expert invité » aux rencontres si une expertise n'est pas représentée auprès de la famille concernée, de manière à nous assurer que l'avis d'un porteur de cette expertise soit également entendu. Cet expert invité est simplement un intervenant d'un milieu d'intervention associé à l'expertise recherchée.

UN OBJECTIF CENTRÉ SUR L'INTER-INFLUENCE DES EXPERTISES PLUTÔT QUE SUR LE « QUOI FAIRE » OU LE « QUI FAIT QUOI »

Un autre aspect novateur de cette pratique concertée est de miser sur l'inter-influence entre les intervenants portant différentes expertises, en les emmenant à partager avec les autres intervenants la réalité de leur milieu d'intervention, à s'inter-influencer dans leur vision respective des situations de violence conjugale et familiale, avant d'arriver aux pistes concrètes d'intervention. Cette façon de faire s'inscrit en continuité et en complémentarité des PSI-PSII, mais elle se situe surtout en amont de ces modèles déjà existants puisqu'elle mise sur les conditions préalables à la concertation. La démarche proposée se veut davantage un outil de soutien à la pratique des intervenants qu'un plan formel d'intervention auprès des familles. Toutefois, il est possible que le fait d'aborder des questions de fond qui dépassent la répartition des rôles entre les intervenants contribue à réduire les obstacles à l'utilisation des PSI-PSII en violence conjugale (voir l'avant-propos pour une mise en contexte à ce sujet).

L'IMPARTIALITÉ DANS L'ANIMATION DES RENCONTRES

Comme il en sera question dans le chapitre suivant, la démarche de concertation que nous proposons fait idéalement appel à une personne impartiale pour l'animation des rencontres de discussion clinique, c'est-à-dire un animateur qui ne soit pas issu d'un milieu de pratique spécifique en violence conjugale ou maltraitance. Cet aspect novateur a été très apprécié lors de l'implantation de la pratique concertée dans la région de Québec, tel que démontré dans le chapitre 4 qui présente les résultats de l'expérimentation. Cette impartialité a notamment joué un grand rôle dans l'égalisation des rapports de pouvoir entre les intervenants, autre aspect novateur de cette pratique concertée.

LE SOUCI ACCORDÉ À L'ÉGALISATION DES RAPPORTS DE POUVOIR

Les intervenants des différents milieux d'intervention en violence conjugale et en maltraitance sont souvent très conscients des rapports de pouvoir présents entre les différents milieux, certains en raison des différences entre les milieux institutionnels et communautaires, d'autres davantage liés aux enjeux légaux, par exemple. La pratique concertée dont il est question dans ce guide, loin de prétendre à éliminer les rapports de pouvoir existants, a néanmoins démontré qu'en mettant en place différentes stratégies (animation qui respecte et valorise toutes les expertises, présence systématique des différentes expertises, implication de chaque expertise dans les décisions), il est possible de réduire considérablement ces rapports de pouvoir et, dans la plupart des cas, d'instaurer un réel dialogue entre les intervenants en ayant à cœur la sécurité et le bien-être des enfants.

2 VOLETS DISTINCTS:

Volet concertation

- Consentement des parents requis
- Au moins 2 intervenants d'organismes distincts
- Expert invité au besoin pour couvrir les 3 volets d'expertise suivants :
 - sécurité et la protection des enfants maltraités
 - intervention auprès des femmes et des enfants en contexte de violence conjugale
 - intervention auprès des hommes ayant des comportements violents
- 2 rencontres à environ 3 mois d'intervalle

Volet consultation

- Si l'obtention des consentements pose des enjeux de sécurité
- S'il n'y a qu'un seul intervenant au dossier actuellement
- Consultation des autres volets d'expertise en respectant l'anonymat des familles

ÉTAPES DE RÉALISATION :

1. Recevoir les références de familles
2. Identifier les enjeux de sécurité
3. Décider lequel des deux volets est le plus approprié à la situation
4. Vérifier l'intérêt des intervenants au dossier
5. Obtenir les consentements :
 - a. des parents et adolescents (volet concertation seulement)
 - b. des intervenants
6. Organiser les rencontres de concertation/consultation
7. Animer les rencontres de concertation/consultation
8. Évaluer les rencontres de concertation/consultation

Ce chapitre distingue d'abord les deux volets qui peuvent être expérimentés en soutien à la pratique des intervenants en violence conjugale et en maltraitance, soit le volet concertation et le volet consultation. Par la suite, nous présentons un bref rappel des objectifs visés, du rôle de l'intervenant de référence et de ce qui caractérise essentiellement le modèle de concertation proposé. Enfin, les étapes et les modalités concrètes sont décrites de manière à fournir aux intervenants des repères pratiques.

VOLET 1	VOLET 2
<h3>concertation</h3> <p>Ce volet réunit les intervenants au dossier qui travaillent auprès des familles vivant de la violence conjugale et des mauvais traitements envers les enfants et dont les deux parents ont donné leur consentement pour la tenue de la rencontre de concertation. Les trois expertises en violence conjugale y sont systématiquement représentées.</p>	<h3>consultation</h3> <p>Ce volet est destiné aux intervenants qui souhaitent bénéficier de l'apport des autres expertises en violence conjugale et maltraitance, alors que la situation de la famille ne se prête pas aux conditions du volet concertation, soit en raison d'enjeux liés à la sécurité des victimes, soit parce qu'un seul organisme est actuellement impliqué auprès de la famille. L'anonymat des membres de la famille au cours des discussions est une importante caractéristique de ce volet.</p>

OBJECTIFS DE LA PRATIQUE CONCERTÉE

La pratique concertée telle que présentée dans ce guide permet aux intervenants, travaillant avec des familles aux prises avec de la violence conjugale et de la maltraitance, d'avoir accès à des rencontres de concertation qui ont pour objectifs de :

1. mettre en place un climat de collaboration entre les intervenants, en leur permettant entre autres de mieux se connaître;
2. élargir leurs représentations des besoins de l'enfant et de sa famille ainsi que des enjeux de sécurité présents;
3. améliorer le suivi offert aux familles, tout en rehaussant la cohérence entre les interventions des différents milieux.

RÔLE DE L'INTERVENANT DE RÉFÉRENCE

L'intervenant de référence est la personne qui est en charge de promouvoir, d'organiser et d'animer les rencontres de concertation des deux volets. Notre expérience démontre que l'impartialité de cet intervenant par rapport aux différents organismes impliqués dans la pratique concertée est un atout important, tant pour l'efficacité de la démarche que pour la diminution des rapports de pouvoir existants. Toutefois, rien n'empêche un intervenant ou un gestionnaire mandaté par un milieu d'intervention de prendre en charge l'organisation et l'animation de telles rencontres. Nous recommandons alors que l'animateur des rencontres ne soit pas un intervenant au dossier pour la famille dont il est question.

EXPLICATIONS GÉNÉRALES DU MODÈLE DE CONCERTATION

Le modèle d'intervention proposé, tant pour le volet concertation que pour le volet consultation, implique la réunion systématique des trois principales expertises en violence conjugale et en maltraitance :

- 1 . sécurité et la protection des enfants
- 2 . intervention auprès des femmes et des enfants en contexte de violence conjugale
- 3 . intervention auprès des conjoints qui ont des comportements violents.

Si l'une des expertises n'est pas représentée dans l'intervention auprès de la famille, un intervenant représentant cette expertise est invité à se joindre à la rencontre afin d'apporter son point de vue sur la situation et de partager ses questionnements et pistes d'intervention pour appuyer les intervenants qui travaillent directement avec un ou des membres de la famille. Au besoin, les intervenants d'autres milieux de pratique sont invités à participer aux rencontres, si leur intervention concerne la violence conjugale ou la maltraitance, et ce, afin d'avoir une vision d'ensemble des interventions dont la famille bénéficie.

Dans le volet concertation, deux rencontres sont organisées à trois mois d'intervalle, alors que le volet consultation n'implique qu'une seule rencontre. Il est important de spécifier que le nombre de rencontres et le délai entre elles doivent rester flexibles pour s'ajuster aux besoins de chaque situation. Dans certains cas, deux rencontres de concertation peuvent être suffisantes, alors que pour d'autres, il peut être préférable de faire davantage de rencontres. De même, un délai de trois mois peut être adéquat pour une famille, mais trop long ou trop court pour une autre famille.

ÉTAPES DE RÉALISATION

1^{ÈRE} ÉTAPE : RECEVOIR LES RÉFÉRENCES DE FAMILLES POUVANT BÉNÉFICIER D'UNE PRATIQUE CONCERTÉE

Le comité de coordination peut choisir les critères à prendre en considération pour l'application d'une pratique de concertation en violence conjugale et en maltraitance. Lors de l'expérimentation réalisée dans la région de Québec, les familles pouvaient être référées lorsqu'elles étaient confrontées à de la violence conjugale et de la maltraitance, l'exposition à la violence conjugale étant considérée comme une forme de maltraitance (voir Chapitre 1).

Pour que les intervenants puissent bénéficier du soutien clinique qu'offre ce modèle de concertation et qu'ils y réfèrent des familles, il est important qu'ils connaissent bien le projet et qu'ils soient soutenus par leur organisation pour y participer. Le comité de coordination peut aussi utiliser divers moyens pour favoriser les références de familles susceptibles d'en bénéficier. Par exemple, un bulletin d'information transmis aux intervenants des différents milieux sur une base régulière, des rappels du projet par courriel, des contacts fréquents avec les chefs de programme ou les directeurs d'organismes pour promouvoir le projet ou des présentations de la pratique concertée dans les différentes équipes d'intervenants constituent autant de stratégies pertinentes à privilégier. Lors de l'expérimentation dans la région de Québec, le comité régional a mis sur pied une manière proactive de stimuler le recrutement, par le biais d'une liste de familles extraite de la base de données du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire. Ainsi, l'intervenant de référence pouvait identifier lui-même les familles dans lesquelles il y a de la violence conjugale et de la maltraitance. À l'aide de cette liste, transmise sur une base semestrielle, l'intervenant de référence pouvait alors communiquer avec les chefs d'équipe du Centre jeunesse afin d'identifier les familles qui bénéficiaient également d'un suivi dans un autre organisme. L'intervenant de référence communiquait ensuite avec les intervenants au dossier pour vérifier leur intérêt à participer et pour obtenir les consentements des parents, avant d'organiser les rencontres.

Pour simplifier la gestion de l'organisation et du suivi des dossiers, nous avons créé une fiche (Annexe A), qui comprend les renseignements importants sur les références de familles au projet de concertation (noms des membres de la famille, âge des enfants, situation familiale) ainsi que sur les organismes et intervenants qui leur offrent des services. L'intervenant de référence peut donc utiliser cette fiche pour l'aider dans l'organisation des rencontres.

À cette étape, il peut être opportun de s'interroger sur les enjeux potentiellement présents autour de la situation référée. Lors de l'expérimentation dans la région de Québec, le comité régional a dû réfléchir à différents enjeux, dont les trois suivants. Premièrement, pour plusieurs situations, des enjeux liés au temps ont été rencontrés, plus spécifiquement au fait que le moment de la rencontre ne correspond pas toujours au meilleur temps de l'intervention afin que chaque intervenant puisse profiter au maximum de la pratique concertée. En effet, les différents membres des familles concernées n'ont pas tous leur suivi au même moment, la durée des interventions varie et le lien de confiance avec l'intervenant se crée à des moments différents. Un second enjeu auquel il a fallu

réfléchir est celui lié à la judiciarisation de la situation. Par exemple, tenir une rencontre de discussion clinique la semaine précédant une décision à la Cour peut être aidant pour les intervenants qui seront présents à la Cour, mais laisser aux autres intervenants l'impression que la rencontre s'est tenue avec l'objectif, caché ou non, d'étayer le dossier judiciaire. Cela peut considérablement nuire aux rapports de pouvoir et au lien de confiance entre les intervenants. Finalement, un autre enjeu rencontré à quelques reprises est le détournement des objectifs de la concertation par les parents, à la suite de la signature des consentements, qui veulent utiliser l'intervenant qui les supporte davantage pour convaincre les autres intervenants de modifier leurs interventions. Il devient alors nécessaire de rappeler aux parents concernés les objectifs de la rencontre, l'intervenant de référence peut d'ailleurs être la meilleure personne pour ce faire.

2^E ÉTAPE : IDENTIFIER LES ENJEUX DE SÉCURITÉ

À ce stade, tous les acteurs impliqués dans la démarche de concertation doivent porter une attention spéciale aux enjeux de sécurité présents dans la famille, afin de mettre en place dès le départ les mesures nécessaires pour s'assurer que la démarche ne mette pas davantage les victimes en danger. Plusieurs enjeux de sécurité peuvent être présents, notamment en ce qui concerne les femmes qui sont en maison d'hébergement. Ces femmes peuvent manifester une crainte fondée quant à la tenue de cette rencontre, puisque seule la demande de consentement à leur conjoint, requise pour la participation des intervenants, peut les mettre en danger. Ce risque se présenterait dans les situations où par exemple, les démarches pour l'obtention des consentements risqueraient d'amener le conjoint à apprendre que leur conjointe est en hébergement dans telle maison, ou encore dans les cas où le conjoint ne reconnaît pas sa violence et se sent menacé par la rencontre entre les intervenants. C'est d'ailleurs spécifiquement pour s'assurer de mieux répondre à ces enjeux de sécurité que le volet consultation a été mis sur pied en cours d'expérimentation dans la région de Québec.

3^E ÉTAPE : DÉCIDER LEQUEL DES DEUX VOLETS EST PLUS APPROPRIÉ À LA SITUATION

Volet Concertation. Dans les situations où deux intervenants d'organismes distincts sont impliqués simultanément auprès de membres de la famille et qu'il est possible d'obtenir les consentements des parents, le volet concertation peut s'appliquer.

Volet Consultation. Si un des intervenants au dossier ou encore l'intervenant de référence identifie des enjeux liés à la sécurité des victimes qui rendent les démarches pour l'obtention des consentements parentaux trop complexes ou même dangereuses, le volet consultation est alors plus approprié. Par ailleurs, puisque les services ne sont pas toujours offerts au même moment aux différents membres de la famille, il est possible que le volet concertation soit plus difficilement applicable dans certains cas. Pourtant, la complexité des situations de violence conjugale et de maltraitance nécessite bien souvent une compréhension élargie de la situation et des enjeux de sécurité pour les enfants. C'est aussi pour cette raison que le volet consultation a été développé. Ce volet est très novateur dans la mesure où les dispositifs de soutien clinique sont généralement offerts à l'intérieur d'un milieu de pratique en particulier et ne mettent pas nécessairement à profit l'expertise des autres milieux concernés.

4^E ÉTAPE : VÉRIFIER L'INTÉRÊT DES INTERVENANTS AU DOSSIER

Dans un premier temps, il importe de communiquer avec tous les intervenants travaillant auprès de la famille, afin de leur présenter la pratique concertée et ses modalités et de répondre à leurs questions s'il y a lieu. Il est primordial, dans les premières discussions avec les intervenants, de leur rappeler que la pratique concertée est mise en place pour les soutenir dans leurs interventions, qu'il s'agit d'un outil pour eux. Cette étape peut être réalisée par l'intervenant de référence. Si le volet retenu est celui de la concertation et que les intervenants au dossier acceptent de participer, ils sont mis à profit pour aider l'intervenant de référence à obtenir les consentements des parents.

5^E ÉTAPE : OBTENIR LES CONSENTEMENTS

Pour le volet concertation, les parents et beaux-parents dont la situation sera discutée en concertation doivent signer un formulaire de consentement pour permettre à leur intervenant de participer. Un exemple de formulaire est joint au présent guide (Annexe B). Il pourrait être adapté au besoin ou encore remplacé par les formulaires existants déjà dans plusieurs milieux de pratique concernant l'échange d'informations cliniques entre intervenants. Pour expliquer la pertinence de cette concertation aux parents, les objectifs visés ainsi que les retombées possibles sur la qualité et la cohérence des services qui leur sont offerts, il est préférable de choisir un intervenant ayant déjà tissé un lien de confiance avec le parent. Il se peut que certains parents soient inquiets face à cette pratique concertée. Il importe alors de leur rappeler certains éléments pour les rassurer :

1. Les parents ne sont pas présents aux rencontres, ainsi les victimes n'auront pas à participer à une rencontre en présence du conjoint ou de l'ex-conjoint qui exerce ou a exercé la violence;
2. Les informations échangées demeurent confidentielles, l'autre parent ne sera donc pas informé des éléments confidentiels qui pourront être partagés à son sujet;
3. L'objectif de la rencontre est de travailler ensemble et en appui aux services déjà offerts aux parents de part et d'autre, et ce, afin d'assurer plus efficacement la sécurité des enfants, il ne s'agit donc pas de faire le procès des parents.

Lorsque la famille comprend un adolescent de 14 ans ou plus, il importe d'obtenir aussi le consentement de ce dernier pour que la situation familiale soit discutée. Un formulaire prévu à cet effet (Annexe C) pourra être remis directement à l'adolescent par son intervenant s'il bénéficie de services, ou à l'un des parents dans le cas contraire.

Finalement, il est aussi recommandé que les intervenants participant aux rencontres, tant pour le volet consultation que pour le volet concertation, signent également un formulaire de consentement (Annexe D) ainsi qu'un formulaire d'engagement à la confidentialité (Annexe E). Par ce dernier formulaire, les intervenants du volet concertation s'engagent à ne pas partager avec le parent auprès de qui ils interviennent des informations confidentielles touchant l'autre parent ou les adolescents de 14 ans et plus. Les intervenants invités comme experts-externes s'engagent aussi à respecter la confidentialité des informations cliniques auxquelles ils auront eu accès.

Il est important que ces formulaires de consentement soient signés avant que la première rencontre de concertation n'ait lieu. Ces documents confidentiels doivent aussi être remis à l'intervenant de référence et conservés dans un lieu sécurisé (classeur fermé à clé) auquel lui seul a accès. Ils seront également détruits deux ans après la dernière rencontre de concertation.

6^E ÉTAPE : ORGANISER LES RENCONTRES DE CONCERTATION

Tout d'abord, l'intervenant de référence s'assure que chacune des trois expertises soit représentée, en invitant des experts externes au besoin pour compléter l'expertise des intervenants au dossier. Ensuite, il peut procéder à la planification logistique de la rencontre de concertation, c'est-à-dire déterminer le lieu (local fermé pour la confidentialité), la date et l'heure en fonction des disponibilités des intervenants concernés. Il peut être facilitant d'utiliser une fonction de sondage pour proposer des plages horaires à tous les intervenants en même temps, via Internet par exemple. Certains sites offrent ce service gratuitement (ex. Doodle: <http://doodle.com>).

7^E ÉTAPE : ANIMER LES RENCONTRES DE CONCERTATION

L'intervenant de référence anime les rencontres de concertation, qui durent en moyenne 1h30 (prévoir quelques minutes de plus si les intervenants souhaitent évaluer leur démarche). Il pourra tenir compte de quelques facteurs-clés afin d'assurer du bon déroulement de la discussion clinique :

- S'assurer de créer et de maintenir un lien de confiance entre tous les intervenants présents en établissant des règles de fonctionnement en groupe favorisant l'ouverture et le respect;
- Mettre en place un climat de collaboration entre les intervenants des différentes expertises;
- S'assurer de faire respecter le temps de parole de chacun.

Les annexes J et K fournissent un guide, adapté à chacun des volets, pour le déroulement des rencontres de concertation. Celles-ci comprennent généralement les phases suivantes :

1. ACCUEIL ET INTRODUCTION

Rappel des objectifs, explications sur le déroulement de la rencontre et présentations des intervenants et de leurs organismes (prévoir 5 à 7 minutes/intervenant).

2. SIGNATURE DES FORMULAIRES DE CONSENTEMENT ET D'ENGAGEMENT

Si ce n'est pas déjà fait avant, les formulaires peuvent être signés au début de la rencontre (Annexes D et E).

3. DISCUSSION CLINIQUE

L'intervenant de référence invite l'intervenant ayant référé la famille à exposer la situation, la trajectoire de services suivie dans son organisme, ses interventions et les résultats. Par la suite,

les autres intervenants au dossier, s'il y a lieu, présentent la situation à travers la vision qu'ils en ont dans leur propre contexte de pratique. Cette partie dure habituellement 30 minutes. Par la suite, l'animateur invite les intervenants à discuter ouvertement de la situation, à échanger sur les questionnements qui peuvent surgir à la suite des présentations et à dégager des pistes d'intervention qui pourront aider la famille, mais surtout assurer la sécurité des enfants. C'est à ce moment que l'expert invité peut participer à l'échange. Cette seconde partie de la discussion clinique dure aussi environ 30 minutes.

4. RETOUR SUR LA CONCERTATION EXPÉRIMENTÉE

Cette étape est surtout pertinente lors de la 2^{ème} rencontre du volet concertation, qui permet aux intervenants de discuter du développement de la situation familiale depuis la dernière rencontre de concertation, de faire un retour sur les interventions réalisées et de se questionner à propos des moyens à mettre en place pour continuer à assurer la sécurité des enfants.

5. CONCLUSION ET ÉVALUATION

L'animateur effectue une synthèse des questionnements non résolus et des pistes d'intervention soulevées. Il invite également les participants à compléter le bref formulaire d'évaluation de la rencontre s'il y a lieu. Après la rencontre, il complète un document synthèse des échanges qu'il y a eu afin de faciliter le suivi de la prochaine rencontre (un modèle est proposé : Annexe F).

8^E ÉTAPE : ÉVALUER LES RENCONTRES DE CONCERTATION

L'intervenant de référence peut, à la demande du comité de coordination, procéder à une évaluation de la pratique concertée auprès des intervenants participants. Cette évaluation peut prendre une forme écrite et anonyme, ou une forme ouverte sous forme de discussion à la fin de la seconde rencontre, alors que le lien de confiance est créé entre les intervenants.

Voici quelques éléments qui ont été évalués lors de l'expérimentation de cette stratégie dans la région de Québec entre 2011 et 2013 :

- Le déroulement des rencontres et leur contribution à : a) l'élargissement des visions respectives de la situation familiale et des pistes d'intervention pour répondre aux enjeux de sécurité, b) l'égalisation des rapports de pouvoir;
- L'influence des pistes d'intervention identifiées à la première rencontre sur les interventions ayant suivi la rencontre;
- L'influence du processus de concertation sur la qualité des services offerts à la famille selon les intervenants.

Les résultats de cette évaluation se retrouvent au Chapitre 4. Des exemples de grille d'évaluation se trouvent également en annexe (Annexes G, H, I), ces outils sont adaptés selon que l'intervenant est invité à titre d'expert ou qu'il intervient directement auprès de la famille.

PARTICIPANTS À L'EXPÉRIMENTATION DANS LA RÉGION DE QUÉBEC :

- 115 intervenants impliqués auprès de 29 familles

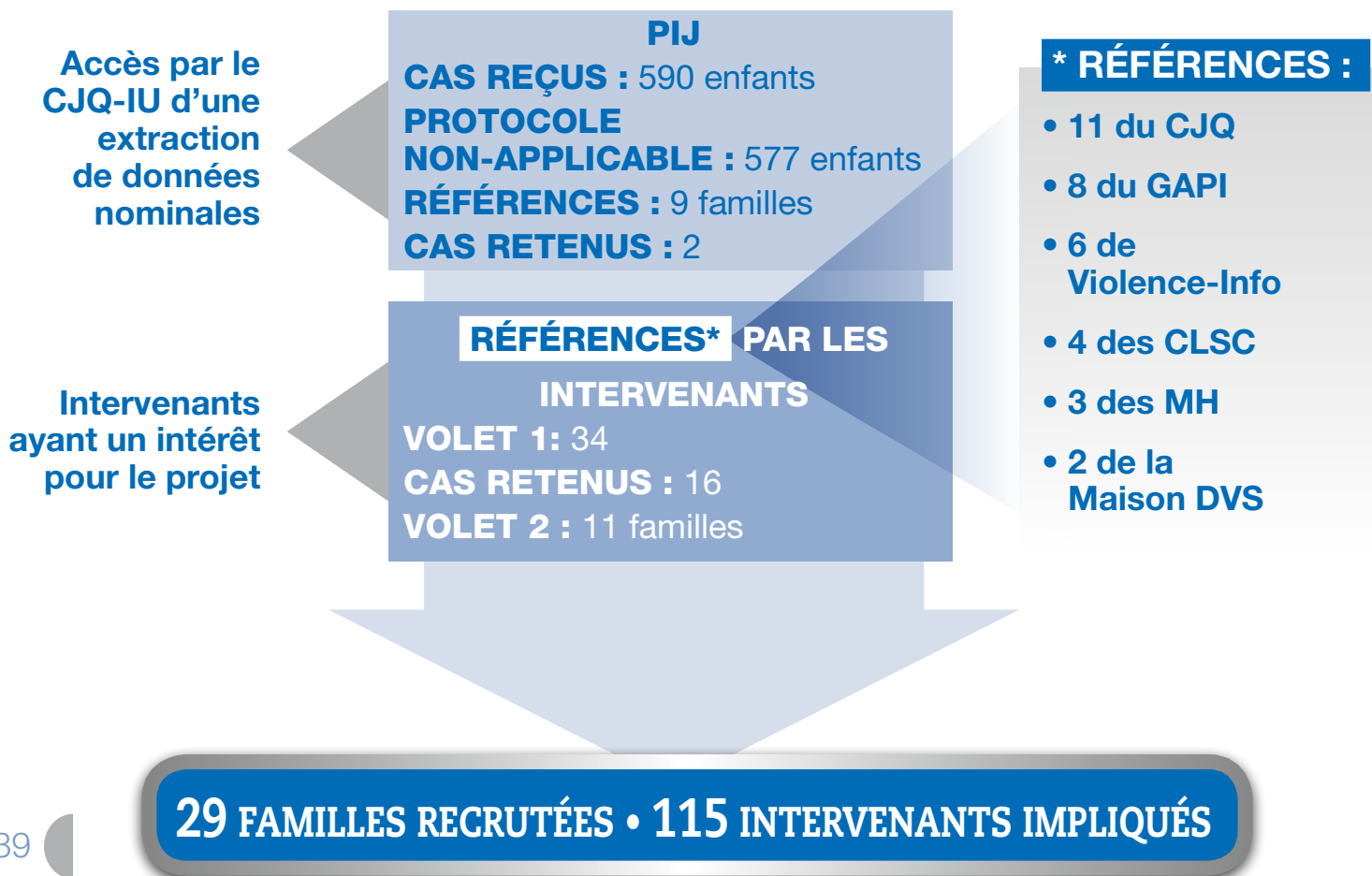
RÉSULTATS :

- Intervenants satisfaits ou très satisfaits du processus de concertation quant à :
 - la pertinence des discussions pour leur pratique professionnelle
 - leur liberté d'expression dans les échanges cliniques
 - le sentiment que leur expertise et leur compétence professionnelle, de même que celles des autres, sont reconnues
 - l'ouverture du groupe à entendre et à respecter les idées, opinions ou commentaires divergents
 - leur propre contribution à la discussion clinique
 - la contribution de l'animateur afin que chacun puisse s'exprimer
- Apporte un soutien à la pratique des intervenants en les aidant à :
 - mieux connaître les autres organisations
 - développer une compréhension élargie de la situation familiale
 - diminuer les divergences de points de vue entre les intervenants
 - améliorer la collaboration entre les organismes
- Améliore la qualité des services à la clientèle par :
 - une meilleure réponse aux enjeux de sécurité des victimes
 - des interventions plus adaptées à la réalité des familles
 - des décisions cliniques plus éclairées

Ce chapitre présente les principaux résultats de l'expérimentation dans la région de Québec. Après avoir fourni quelques renseignements sur les participants et la manière dont le recrutement s'est déroulé, les résultats sont exposés. Ils traitent d'abord du degré de satisfaction des intervenants en lien avec le déroulement des discussions cliniques et de la pertinence de ces échanges pour leur pratique. Ensuite, les apports et retombées de la stratégie de concertation sont présentés en deux volets, soit: a) le soutien à la pratique des intervenants et b) la qualité des services à la clientèle. L'inclusion des résultats dans le guide nous a semblé une bonne façon de montrer que la stratégie de concertation proposée répond vraiment aux objectifs qu'elle se donne, notamment pour réduire les divergences de points de vue entre les intervenants et pour mieux répondre aux enjeux liés à la sécurité des victimes.

RECRUTEMENT ET RÉFÉRENCES

Le graphique suivant indique le nombre de références reçues, de même que leur provenance. Les références proviennent de deux sources : **1) la base de données nominales PIJ du CJQ-IU et 2) les références d'intervenants engagés et intéressés à participer à la concertation.**



SATISFACTION DES INTERVENANTS

Le tableau ci-dessous indique la satisfaction des intervenants concernant la pertinence des discussions cliniques pour leur pratique professionnelle; la liberté d'expression lors des rencontres; le sentiment que leur expertise et leur compétence professionnelle, de même que celles des autres, sont reconnues; l'ouverture et le respect du groupe à l'égard des points de vue différents; la contribution de chacun à la discussion et la contribution de l'animateur à ce que chacun puisse s'exprimer. Pour chacun des énoncés, le degré de satisfaction des intervenants ayant complété cette section du questionnaire d'évaluation a été calculé sous forme de pourcentage. La très grande majorité, ou parfois la totalité des répondants pour certains indicateurs, sont satisfaits ou très satisfaits de leur participation à cette stratégie de concertation. Ces résultats incluent les données compilées à la fois pour le volet concertation et pour le volet consultation.

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
Pertinence des discussions pour ma pratique professionnelle.	59,3%	39,83%	0,8 %	--
Liberté d'expression (je me sens à l'aise d'émettre mes idées).	83,3%	13,3%	3,3%	--
Sentiment que mon expertise et ma compétence professionnelle sont reconnues.	74,2%	23,3%	2,5%	--
L'expertise et la compétence professionnelle des autres me semblent reconnues (absence du sentiment que certains sont plus experts que d'autres).	81,7%	18,3%	--	--
Ouverture du groupe à entendre et à respecter des idées, opinions ou commentaires divergents.	85,7%	12,6%	1,7%	--
Ma propre contribution à la discussion	68,7%	31,3%	--	--
Contribution de l'animateur à ce que chacun puisse s'exprimer suffisamment.	80,9%	18,3%	0,8%	--

APPORTS ET RETOMBÉES DE L'EXPÉRIMENTATION

Parmi les 52 intervenants qui ont répondu à la question « Selon vous, le modèle de concertation clinique de ce projet constitue-t-il une stratégie d'action à développer? », 100 % ont répondu oui. Il est donc juste d'affirmer que la pratique concertée est une stratégie d'intervention novatrice qui est très appréciée par les intervenants. Bien qu'on ne puisse savoir exactement ce que les autres qui n'ont pas répondu à la question pensent de l'implantation d'une telle stratégie, les commentaires reçus indiquent que la stratégie est une démarche intéressante, pertinente, satisfaisante et enrichissante, qui devrait être utilisée avec les familles qui vivent de la violence conjugale et de la maltraitance. Pour certains, la concertation représente d'ailleurs l'avenir de la pratique comme en témoignent ces extraits :

Excellente démarche, à suivre !!! C'est une étape qui s'avère nécessaire pour assurer le mieux-être des enfants, car la situation de chacun des parents est complexe. Les opinions et la démarche des intervenants sont enrichissantes à partager afin de développer de nouvelles façons de communiquer ensemble et d'être à l'écoute des enjeux pour assurer les mieux-être des enfants. (Intervenante auprès des femmes)

Selon moi, ce modèle de concertation devrait être mis en place pour l'ensemble des familles, de façon à ce qu'un espace soit mis en place pour les différents acteurs travaillant avec eux. Peu importe la problématique, cela me semble pertinent. (Intervenant auprès des enfants)

Très utile, notamment lors de situations problématiques où les services de chacun peuvent s'avérer limités. (Intervenant auprès des hommes)

L'évaluation que les intervenants ont faite de l'expérimentation réalisée dans la région de Québec a permis de mettre en évidence pourquoi la pratique concertée est une stratégie d'intervention qu'ils apprécient et qu'ils souhaitent utiliser. Leurs commentaires ont pu être regroupés en deux catégories d'apports et de retombées, soit le soutien qu'amène la concertation à la pratique des intervenants ainsi que l'amélioration qu'elle permet de la qualité des services offerts à la clientèle. Ce sont donc ces deux aspects des apports et retombées de la concertation qui seront présentés dans les prochaines pages.

SOUTIEN À LA PRATIQUE DES INTERVENANTS

Le soutien qu'amène la concertation à la pratique des intervenants a pu être vécu de trois différentes façons au cours de l'expérimentation de la région de Québec. Premièrement, elle a offert une opportunité aux intervenants d'**apprendre à connaître d'autres milieux de pratique** que le leur. Par exemple, les intervenants ont indiqué que la concertation les a aidés à mieux connaître la réalité et le fonctionnement des autres organismes, à mieux comprendre les différences entre les organismes qui interviennent auprès d'une même clientèle ainsi qu'à mieux connaître le travail des organismes qui interviennent auprès d'autres clientèles que la leur. Dans certains cas, les

rencontres de concertation ont suscité l'intérêt des intervenants et les ont amenés à chercher à mieux connaître les ressources qu'ils connaissaient moins :

Très intéressant! J'ai beaucoup appris et cela m'a donné le goût d'en connaître davantage sur les divers organismes et problématiques. (Intervenant auprès des enfants)

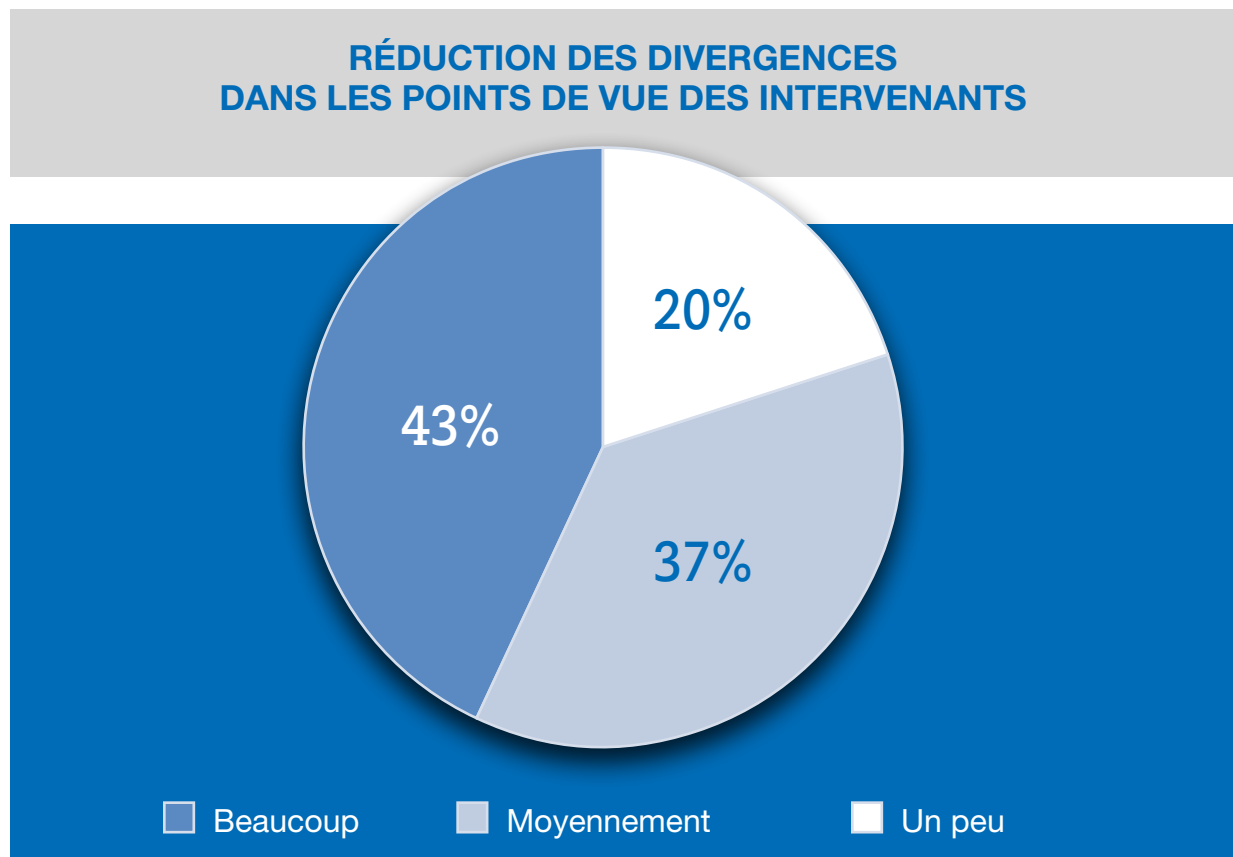
Cette meilleure connaissance des autres organismes a eu d'intéressants bénéfices pour les intervenants. Certains ont indiqué que ces connaissances leur ont permis de référer un membre de la famille à un organisme qui répond davantage aux besoins rencontrés. En connaissant mieux les autres organismes, les intervenants ont aussi spécifié qu'il est plus facile de comprendre pourquoi les intervenants qui travaillent dans d'autres milieux privilégient certaines interventions plutôt que d'autres. Lorsqu'un client est insatisfait des interventions utilisées par d'autres milieux, les intervenants peuvent alors expliquer la logique qui se trouve derrière les choix cliniques des intervenants d'autres milieux :

Avoir une meilleure connaissance des interventions du [nom de l'organisme] et [nom de l'organisme] me permet de mieux expliquer aux femmes le pourquoi de certaines interventions des autres milieux d'intervention. (Intervenante auprès des femmes)

Les intervenants qui ont participé aux rencontres ont soulevé un second apport que la concertation amène à leur pratique. Il s'agit de l'**amélioration de la collaboration entre les organismes**. D'abord, des intervenants ont indiqué qu'en participant aux rencontres de concertation, ils se sont aperçus que les intervenants d'autres organismes sont ouverts à travailler en collaboration. Certains intervenants ont donc profité des rencontres pour développer de nouvelles façons de communiquer, pour établir des collaborations plus serrées avec d'autres intervenants et pour améliorer l'arrimage entre les organismes. D'autres intervenants, pour leur part, ont plutôt réalisé que la collaboration entre les milieux de pratique concernés est inévitable lorsqu'on intervient auprès d'une famille. Selon eux, il est plus profitable de développer un point de vue commun de la situation familiale plutôt qu'un point de vue individuel :

On réalise qu'on n'a pas le choix de collaborer. Chacun a son approche, mais comment arriver à avoir un point de vue commun, moins en silo? [On doit] Connaître les enjeux reliés aux enfants suivis par [nom de l'organisme], développer de belles relations (sensibilisation), démystifier le rôle de [nom de l'organisme] et les craintes reliées, avancer ensemble, entendre l'opinion de chacun et être plus sensible au vécu de l'autre. (Intervenante auprès des femmes)

D'ailleurs, ce schéma illustre clairement la contribution de la stratégie de concertation à la **réduction des divergences de point de vue entre les intervenants**. Selon 80% des intervenants participants, les rencontres de concertation ont permis de réduire moyennement ou beaucoup les divergences entre les intervenants.



Cette amélioration de la collaboration entre les organismes a été profitable pour la pratique des intervenants. En plus d'améliorer la cohérence de leurs actions, la concertation a permis aux intervenants de partager leurs connaissances et leur expertise, d'échanger à propos de la situation familiale et d'avoir une vision plus complète de la réalité de leur client. Avec le temps, ils en sont aussi venus à développer une compréhension mutuelle, à obtenir le soutien des autres intervenants et à avoir de meilleurs outils d'intervention. De plus, certains intervenants ont spécifié qu'une meilleure collaboration a permis à tous les intervenants d'intervenir dans le même sens et autour du même objectif :

[La] discussion à ce sujet [a été] très différente au niveau de l'opinion de chacun, mais on sent une réelle volonté de collaborer et dans le respect en passant par-dessus les divergences pour le mieux-être des enfants et de chacune des parties. (Intervenant de référence)

Pour plusieurs intervenants, **avoir une compréhension élargie de la situation familiale** constitue le troisième apport que la concertation a pour leur pratique. En effet, 67,4 % d'entre eux ont indiqué que la concertation leur a permis d'améliorer beaucoup ou moyennement leurs connaissances concernant la problématique familiale vécue par leur client. Les commentaires qu'ils ont faits à propos des rencontres de concertation ont d'ailleurs permis de mettre en évidence comment la pratique concertée a favorisé l'accroissement de leurs connaissances concernant la situation de leur client. Ils ont indiqué que les rencontres de concertation leur ont permis :

- ▶ d'avoir accès au point de vue de différents intervenants, ce qui les aide à avoir une analyse de la situation familiale moins centrée sur leur client uniquement;
- ▶ de développer leurs connaissances à propos des enjeux et des conséquences vécus en contexte de violence conjugale;
- ▶ d'avoir une meilleure compréhension du rôle et du mandat des autres intervenants;
- ▶ d'avoir des discussions plus développées avec les autres intervenants.

En participant aux rencontres de concertation, les intervenants ont aussi été davantage en mesure de circonscrire la situation de leur client, de façon à pouvoir agir en leur intérêt. Plus précisément, les discussions qu'ils ont eues leur ont permis de valider leurs perceptions et leur analyse de la situation familiale et d'identifier les indices d'une possible rechute de la violence conjugale. Dans certains cas, une compréhension plus élargie de la situation familiale a amené les intervenants à avoir une vision moins alarmiste des difficultés vécues, alors que dans d'autres cas, elle leur a indiqué qu'ils devaient être plus vigilants et être plus proactifs dans leurs interventions. Voici des commentaires qu'ont faits les intervenants concernant les retombées que la concertation a eues sur leur pratique :

[La concertation est une stratégie d'action à développer] parce que le modèle nous permet d'avoir un topo plus complet de la situation familiale, afin de mieux cibler les interventions à faire. (Intervenante auprès des femmes)

[La concertation est une stratégie d'action à développer, car elle] aide à valider nos perceptions et analyses. [La concertation] aide à mieux saisir la situation des clients, puisque nous ne les voyons pas en contexte familial. (Intervenant auprès des hommes)

Chaque famille en situation de violence est différente. Le fait de faire des discussions permet d'en avoir une meilleure compréhension. (Intervenant clientèle non précisée)

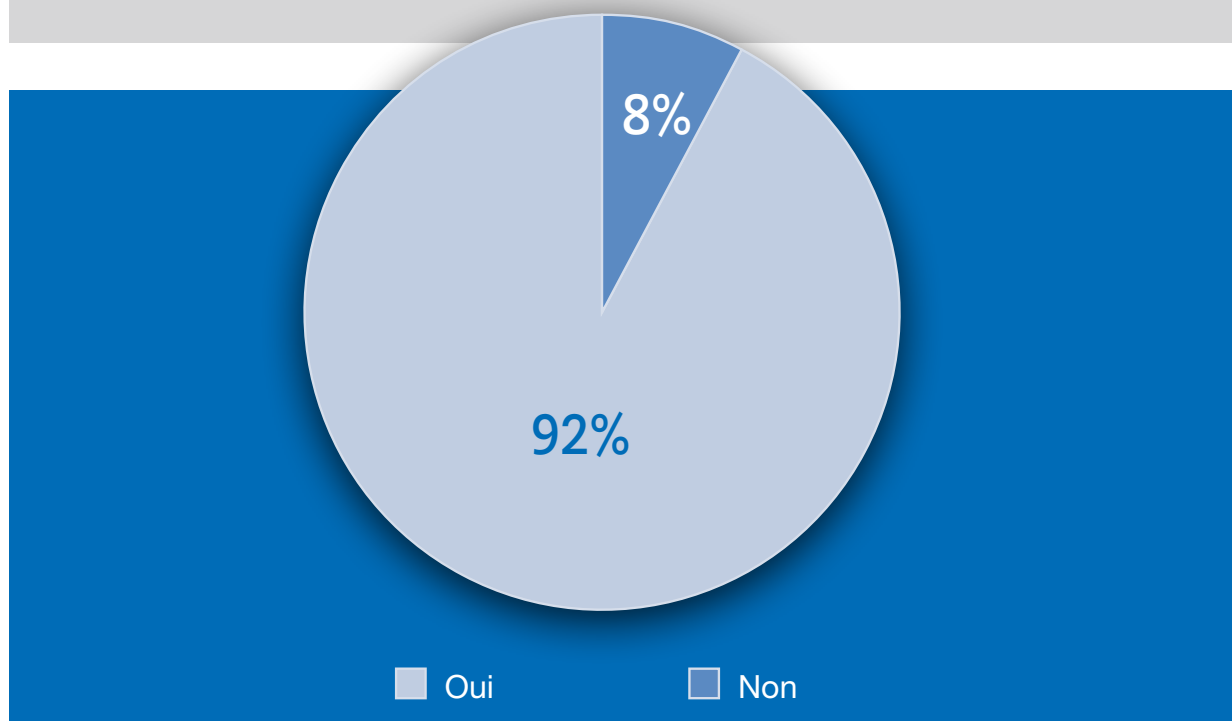
QUALITÉ DES SERVICES À LA CLIENTÈLE

Bien qu'ils estiment que la concertation contribue à bonifier leur pratique, les intervenants soulignent qu'ils ne sont pas les seuls à bénéficier des apports et retombées de la concertation. Selon eux, l'amélioration de leur pratique est aussi profitable pour leurs clients, car la qualité des services qu'ils leur offrent est meilleure après avoir utilisé la concertation. À cet effet, un intervenant a mentionné :

De plus, certaines discussions ont permis d'ajuster les interventions en tenant compte d'un point de vue différent et en ayant accès à d'autres visions complémentaires. Cela enrichit les pratiques et bonifie les interventions pour les bénéficiaires de services.
(Intervenant auprès des hommes)

Concrètement, l'adoption d'une pratique concertée a permis aux clients de **bénéficier d'interventions plus adaptées à leur réalité et plus cohérentes avec celles offertes aux autres membres de la famille**. Plusieurs intervenants ont aussi mentionné que la sécurité des victimes de violence a été une préoccupation centrale au cours des discussions cliniques. Selon 92 % des intervenants participants, les discussions cliniques ont permis de **mieux répondre aux enjeux de sécurité des victimes**.

MEILLEURE RÉPONSE AUX ENJEUX DE SÉCURITÉ DES VICTIMES



L'enjeu de la sécurité des victimes est au cœur des préoccupations à l'origine de la mise en place de cette pratique concertée novatrice. Il est très encourageant de constater que le modèle développé répond très bien à cette préoccupation. En effet, les rencontres de concertation ont aidé les intervenants à mieux cerner les besoins des enfants, à mieux circonscrire la situation familiale et à dégager des pistes d'intervention qui visent leur bien-être. Pour certains intervenants, le fait de discuter de la problématique de violence et du besoin de sécurité des enfants leur a permis de mieux connaître les enjeux associés et à y être davantage sensibilisés. La vigilance des intervenants a donc été augmentée, ce qui leur a permis de **prendre des décisions cliniques plus éclairées** :

J'ai toujours le souci d'éviter des situations malsaines aux enfants. Ma vigilance est plus présente au niveau de la situation des enfants [et] ce souci est maintenant plus grand dans mon travail. (Intervenant auprès des hommes)

On y développe et on est sensible à l'importance de vérifier avec les victimes leur degré de sécurité et/ou les moyens à prévoir pour la sécurité des enfants et de la conjointe. (Intervenant auprès des enfants)

CONDITIONS DE RÉUSSITE :

- Égalisation des rapports de pouvoir
 - attitudes des intervenants
 - qualité de l'animation
 - clarification des rôles et mandats
- Bonne planification des rencontres
 - rythme et déroulement
 - taille du groupe
 - ressources matérielles
- Respect du processus
 - établissement d'objectifs communs
 - expérimentation de petits succès
- Engagement des membres
 - leaders individuels, organisationnels et collectifs
 - expertise de la recherche en soutien à la pratique

ENJEUX DE L'IMPLANTATION D'UNE PRATIQUE CONCERTÉE :

- Rapports de pouvoir
- Collaboration des parents
 - garder la sécurité des victimes au cœur des préoccupations
- Défi du retour avec le client
- Ressources humaines et financières
 - le temps
- Pérennité
 - un enjeu important, des stratégies à prévoir

Implanter une pratique concertée peut sembler simple, mais le processus pour y arriver n'est pas exempt d'obstacles. En ce sens, il est nécessaire de connaître les conditions gagnantes et de se préparer à faire face à d'importants enjeux pour réussir un tel défi (Réseau québécois en innovation sociale, 2011). Ce chapitre présente les conditions de réussite et les enjeux que nous avons rencontrés au cours de l'implantation de cette stratégie dans la région de Québec. Les conditions de réussite concernent l'égalisation des rapports de pouvoir, la bonne planification des rencontres, le respect du processus ainsi que l'engagement des membres. Sur le plan des enjeux, nous nous intéresserons à ceux qui concernent la relation entre les intervenants, les liens entre les intervenants et leur client, les ressources ainsi que la pérennité.

CONDITIONS DE RÉUSSITE

ÉGALISATION DES RAPPORTS DE POUVOIR

Différentes stratégies d'égalisation des rapports de pouvoir ont été mises en œuvre. Les intervenants qui ont participé au projet ont ciblé celles qui, selon eux, sont les plus efficaces. Elles sont présentées en ordre d'importance, telles que rapportées par les intervenants.

ATTITUDE DES INTERVENANTS

Plus de la moitié des intervenants qui ont évalué les rencontres de concertation (52,4 %) ont indiqué que l'attitude positive qu'ont les autres intervenants facilite le déroulement des rencontres. Cette attitude positive est démontrée à travers les échanges, le soutien que les intervenants s'apportent mutuellement et leur implication dans le processus de concertation. En général, les intervenants ont apprécié l'ouverture de leurs collègues aux échanges, leur écoute, le respect dont ils ont fait preuve, leur esprit de collaboration, leur enthousiasme ainsi que leur professionnalisme. En outre, ils ont aimé que leur propre expertise soit reconnue et respectée des autres, que leurs collègues leur fassent confiance, qu'un sentiment d'appartenance s'installe au fil des rencontres et qu'ils soient libres d'exprimer leurs idées. À titre d'exemple, un intervenant a indiqué que :

[Le] respect et [la] reconnaissance du rôle et de l'apport de chacun dans l'intervention auprès des différents membres de la famille [ont facilité le déroulement des rencontres de concertation]. (Intervenant, clientèle non précisée)

Lorsque ces attitudes ne sont pas présentes dans un processus de concertation, il est très important que les intervenants travaillent sur leur savoir-être (Bilodeau *et al.*, 2003; Lessard, Lavergne, Chamberland, Damant & Turcotte, 2006). Le développement d'attitudes qui favorisent les relations égalitaires est en effet très important pour une pratique concertée, car le pouvoir n'est pas quelque chose qui se détient : le pouvoir s'exerce. Il est donc primordial que les intervenants impliqués dans un partenariat s'interrogent constamment sur les forces et responsabilités de leurs collègues afin de prendre conscience du potentiel et des atouts qu'ont les autres.

PRÉSENCE D'UN ANIMATEUR IMPARTIAL ET OUVERT

Une seconde condition de réussite soulevée par les intervenants réfère à la présence d'une personne impartiale pour animer les rencontres de concertation. Cette stratégie est appréciée, car l'animateur guide et encadre les rencontres en s'occupant de gérer le temps et le droit de parole, en relançant les discussions et en s'assurant que les échanges gravitent autour des buts et des objectifs de la rencontre. Rondeau, Sirois, Jacques et Cantin (2000) ajoutent que la présence d'un animateur favorise l'instauration d'un contexte de travail dans lequel les intervenants se respectent et ont une bonne ouverture d'esprit. Pour apporter ces bénéfices, il est préférable que l'animateur possède certaines qualités. Les intervenants qui ont participé au projet ont indiqué qu'un animateur ouvert facilite le processus de concertation :

L'animatrice était très ouverte et facilitante tout au long de la démarche.
(Intervenant auprès des enfants)

Rondeau *et al.* (2000) spécifient aussi que l'animateur ne doit pas être trop rigide ni trop formel et qu'il doit maîtriser les techniques de base en animation de groupe. Au cours de notre expérience dans la région de Québec, nous avons remarqué que pour favoriser l'égalisation des rapports de pouvoir, il est préférable que l'animateur ne représente pas une organisation en particulier.

CLARIFICATION DES RÔLES ET DES MANDATS

Dans le but de favoriser l'égalisation des rapports de pouvoir, les trois expertises en violence conjugale sont toujours représentées lors des rencontres de concertation. Considérant que les intervenants des différentes expertises ont généralement des rôles différents, la clarification des rôles et des mandats a permis aux intervenants de pallier aux méconnaissances possibles. Concrètement, cette stratégie a permis aux intervenants de mieux connaître :

- le rôle et la spécialité de chaque participant;
- le mandat et le fonctionnement des autres organismes;
- les services offerts par les autres milieux.

Dans un processus de concertation, il est très important d'aborder ces sujets, car ils permettent aux intervenants de savoir ce que l'on attend d'eux et ce qu'eux-mêmes peuvent attendre des autres (Cameron & Lart, 2003; Sloper, 2004). Lorsque ces sujets sont abordés, le déroulement des rencontres de concertation est d'ailleurs facilité. À cet effet, un intervenant a indiqué que :

[La] bonne présentation du rôle et mandat de chacun des participants [a facilité le déroulement des rencontres de concertation]. (Intervenant auprès des enfants)

BONNE PLANIFICATION DES RENCONTRES

Avant de réaliser la première rencontre de concertation, des décisions ont été prises par les membres du comité de coordination. Ces décisions ont entre autres porté sur : a) le choix des acteurs à

solliciter aux rencontres de concertation, b) le déroulement des rencontres de concertation, c'est-à-dire quelles questions devaient être abordées au cours des rencontres et c) l'identification des ressources nécessaires. Certains de ces choix ont été identifiés par les intervenants participants comme pertinents et facilitants pour la réalisation d'une pratique concertée.

D'abord, les intervenants qui ont participé aux rencontres de concertation ont indiqué que le déroulement prévu suivait un rythme adéquat. Les annexes J et K fournissent un aperçu du déroulement d'une rencontre de concertation. L'évaluation des rencontres permet d'identifier les activités que les intervenants ont davantage appréciées et trouvées utiles. Il s'agit de l'explication des objectifs poursuivis par les rencontres de concertation, de la présentation des personnes présentes aux rencontres ainsi que de la mise en contexte de la situation familiale. Les intervenants ont aussi aimé que les rencontres ne soient pas trop formelles et que les sujets de discussion soient adaptés à la situation de la famille dont il était question. Comme le déroulement des rencontres a toujours été clairement établi et qu'un animateur les a toujours encadrées, le processus à suivre au cours des rencontres a pu être maîtrisé plus facilement, ce qui constitue une autre force selon les intervenants. Un intervenant a d'ailleurs mentionné que :

[L']organisation de la rencontre (déroulement, chacun des sujets discutés ...) [a facilité le déroulement des rencontres de concertation]. (Intervenant auprès des enfants)

Les intervenants qui ont participé aux rencontres de concertation ont identifié d'autres caractéristiques qu'ils ont appréciées. Certaines concernent la composition du groupe d'intervenants alors que d'autres touchent davantage les ressources matérielles. Concernant la composition du groupe, les intervenants ont dit avoir aimé qu'il soit petit. Au cours de l'expérimentation dans la région de Québec, le nombre d'intervenants présents aux rencontres de concertation a varié entre trois et six. À propos du choix des ressources matérielles, les intervenants ont indiqué que l'utilisation d'un local calme ainsi que la présence d'une table a été bénéfique. À toutes les rencontres, la taille des locaux et des tables était adaptée au nombre de personnes présentes. Elle permettait donc aux intervenants d'avoir suffisamment d'espace pour prendre des notes, tout en conservant un contact visuel avec les autres.

RESPECT DU PROCESSUS

Afin de réussir l'implantation d'une pratique concertée, il est important que les personnes impliquées respectent les étapes du processus de concertation. Au cours de l'expérimentation dans la région de Québec, la réalisation de chacune des étapes a été profitable, car elle a permis d'avoir d'importantes discussions à propos des enjeux de la concertation et d'ajuster la pratique à la réalité régionale. Comme la réalité et les besoins des intervenants varient d'une région ou d'un territoire à l'autre, il importe que les membres des comités de coordination aient ces discussions pour adapter la pratique concertée aux besoins particuliers des intervenants.

Un moyen qui facilite le respect des différentes étapes du processus de concertation est l'établissement d'un sentiment de confiance envers le processus de concertation. Pour favoriser le

développement de ce sentiment de confiance, différentes conditions de réussite peuvent être mises en place. Deux d'entre elles ont été présentées dans la section nommée *Égalisation des rapports de pouvoir*. Il s'agit de l'attitude des intervenants et de la clarification des rôles et mandats. Les autres conditions de réussite qui seront élaborées dans les prochaines lignes sont les suivantes : l'établissement d'objectifs communs ainsi que l'expérimentation de premiers petits succès.

ÉTABLISSEMENT D'OBJECTIFS COMMUNS

Au cours d'un processus de concertation, il est important de prendre le temps d'établir des objectifs communs, précis et réalistes (Rondeau *et al.*, 2000). Cela permet aux intervenants d'entamer le processus de concertation sur les mêmes bases (Huxham & Vangen, 2004). Afin de favoriser l'établissement d'objectifs communs, précis et réalistes, différentes stratégies peuvent être privilégiées. D'abord, la recherche-action qui a précédé l'implantation du processus de concertation a permis de relever un point de convergence entre la pratique des groupes d'intervenants concernés : les partenaires s'entendent sur l'importance d'assurer la sécurité des enfants exposés à la violence conjugale et victimes de mauvais traitements. Cet objectif de base ainsi que les objectifs qui régissent le processus de concertation sont toujours discutés individuellement avec les intervenants lors du recrutement ainsi que collectivement au début de chaque rencontre de concertation. Ces discussions individuelles et collectives permettent à tous les intervenants d'avoir les mêmes informations en tête au cours des rencontres de concertation, ce qui en facilite le déroulement. Après avoir discuté des objectifs, l'animateur de la rencontre doit s'assurer que les discussions gravitent autour de ces objectifs. Ce rôle est important, car selon Cameron et Lart (2003), les mandats différents de chaque intervenant peuvent amener certains intervenants à dévier des objectifs du groupe pour privilégier ceux qui sont portés par l'établissement dans lequel ils travaillent. La position neutre de l'animateur est alors bénéfique, car elle lui permet de s'assurer que les objectifs individuels n'affectent pas les objectifs collectifs du groupe.

EXPÉRIMENTATION DE PREMIERS PETITS SUCCÈS

Afin de favoriser le développement d'un sentiment de confiance envers le processus de concertation, il est avantageux d'utiliser la méthode des « petits pas ». Plutôt que de viser de grands changements, il est préférable de se concentrer à atteindre de petits succès et à obtenir de petits gains. En ayant des attentes moins élevées, les intervenants remporteront d'ailleurs plus facilement des réussites et en viendront à développer un sentiment de confiance et de solidarité entre eux. Par exemple, il serait utopique de s'attendre à ce qu'une rencontre de concertation résolve tous les défis d'intervention rencontrés par tous les intervenants impliqués.

ENGAGEMENT DES MEMBRES

L'engagement soutenu et continu des membres impliqués dans le comité de coordination est une condition essentielle à l'implantation de la pratique concertée. Pour être efficient et profitable, cet engagement doit toutefois se réaliser volontairement. De plus, le Réseau québécois en innovation sociale (2011) nomme trois types de leadership associés à l'engagement des membres : les leaderships individuel, organisationnel et collectif. Le leadership individuel implique l'engagement de personnes qui agissent comme des piliers et qui se démarquent souvent par leur « engagement, la détermination, la disponibilité et la crédibilité » (Réseau québécois en innovation sociale, 2011 :

17). Au cours de l'expérimentation dans la région de Québec, ce type de leadership a été assumé par les intervenants impliqués dans le comité de coordination. L'engagement de ces derniers, tant au sein du comité de coordination que dans leur milieu de travail, a eu d'intéressantes retombées. Les intervenants du comité ont en effet été des leaders importants pour la mobilisation de leurs collègues, pour la promotion de la pratique concertée dans leur milieu ainsi que pour le recrutement des participants aux rencontres de concertation. Leur participation à chaque étape du projet ainsi qu'à chaque décision leur a d'ailleurs permis d'avoir une fine maîtrise du processus d'implantation de la pratique concertée. Ils sont donc, à différents égards, d'importantes ressources pour le processus d'implantation, tant pour leur organisme que pour le comité de coordination.

L'engagement et l'implication des intervenants sont primordiaux, mais ne sont pas suffisants lorsqu'on souhaite implanter une pratique concertée. En effet, seuls et sans soutien, les intervenants peuvent plus difficilement avoir un pouvoir d'influence sur les décisions prises par leur organisme ainsi que pour promouvoir l'implantation et la pérennité de la pratique concertée dans leur milieu. Il est donc très important que ces derniers aient le soutien de leurs gestionnaires (Dubé & Boisvert, 2009a). À cet effet, le Réseau québécois en innovation sociale (2011) indique que dans les projets novateurs, il est important que des leaders organisationnels soient aussi impliqués. Ces leaders doivent être des partenaires organisationnels stables, qui ont suffisamment de ressources et qui ont les infrastructures nécessaires pour maintenir l'implication de leur organisme tout au long de l'implantation de la pratique concertée. L'engagement des gestionnaires est très aidant, car ces derniers peuvent intercéder en faveur du projet, entre autres pour des questions qui touchent les ressources humaines et financières. Au cours de l'expérimentation dans la région de Québec, des gestionnaires de certains organismes ont aussi fait partie du comité de coordination. Lorsqu'un organisme était plutôt représenté par un intervenant, l'intervenant avait toujours le soutien et l'appui de son gestionnaire. L'implication des gestionnaires a concrètement été utile à toutes les phases de l'implantation. Cela, car ces derniers ont dégagé leurs intervenants en terme de temps et de salaire afin qu'ils participent aux rencontres de concertation. Ils ont aussi encouragé les membres du comité de coordination à faire du recrutement au sein de leur établissement, en plus de permettre la diffusion d'informations à l'intérieur de l'organisme. Dans le cas du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, l'engagement organisationnel s'est étendu au partage des listes PIJ qui ont facilité le recrutement. Un fait intéressant à noter est que si l'engagement organisationnel est toujours important, il est crucial dans les milieux où on trouve un nombre élevé d'intervenants. À cet effet, nous avons constaté que l'engagement individuel des intervenants a eu un impact moins significatif dans les organismes dont le nombre de ressources humaines est élevé comparé aux organismes dont le nombre de ressources humaines est moins élevé.

La troisième forme d'engagement considérée comme importante est apparentée au leadership collectif (Réseau québécois en innovation sociale, 2011). Cette forme d'engagement réfère au travail collectif d'intervenants et de gestionnaires qui ont une vision commune de la pratique concertée et qui souhaitent travailler collectivement pour répondre plus adéquatement aux besoins des familles vivant en situation de violence conjugale et de maltraitance. Le leadership collectif s'est manifesté de différentes façons ainsi qu'à toutes les phases de l'implantation de la pratique concertée. Par exemple, il s'est fait sentir au cours des activités de diffusion et de transfert des connaissances (Lessard *et al.*, 2012). En effet, les membres du comité de coordination ont travaillé ensemble à la

préparation et à la présentation de diverses activités telles que des colloques, des conférences, des ateliers, des séminaires ainsi que pour la rédaction d'articles (Lessard *et al.*, 2012). L'importance accordée au travail collectif s'est aussi reflétée dans la reconnaissance de l'implication de chaque membre au sein du comité. Comme chacun occupe une place complémentaire dans l'équipe de coordination, il est important que les rencontres se réalisent avec la présence de l'ensemble des membres autant que possible. Les membres du comité de coordination sont d'ailleurs impliqués dans toutes les étapes d'implantation du processus de concertation ainsi que dans toutes les prises de décision.

Si les intervenants ont besoin d'un appui concret de leur organisation pour s'engager dans l'implantation d'une pratique concertée, le soutien d'une équipe de chercheurs universitaires constitue également un atout intéressant. Selon notre expérience, la conjugaison des expertises d'intervention et de recherche a favorisé l'innovation sociale. Dandurand (2004) appuie ces propos en indiquant que, de nos jours, la recherche est étroitement liée aux innovations sociales. Son apport devient d'ailleurs incontournable puisque :

On reconnaît deux fonctions à la recherche dans le processus de l'innovation sociale : une fonction de reconnaissance en évaluant l'innovation qui n'émerge pas nécessairement de la recherche; et une fonction de création en mettant au point l'innovation par l'expérimentation de nouveaux environnements ou programmes pouvant conduire à de nouvelles stratégies d'intervention, à de nouveaux instruments de pratique ou de formation à l'usage de gestionnaires, de décideurs ou d'intervenants. Ainsi, que ce soit en amont ou en aval, la recherche nomme l'innovation pour en faire un objet d'étude. (Dandurand, 2004 : 4).

ENJEUX

POUVOIR ENTRE LES GROUPES D'ACTEURS

Au cours des rencontres de concertation, il est arrivé que la relation entre les intervenants ne soit pas optimale. Des intervenants ont d'ailleurs expliqué avoir perçu des résistances de collaboration de la part d'intervenants travaillant dans d'autres milieux de pratique que le leur. Dans certains cas, ce sont les intervenants du Centre jeunesse qui percevaient des résistances de la part d'intervenants des autres milieux d'intervention :

Personnellement, il va de soi que l'intervenant du père semblait « braqué » contre la D.P.J. et démontrait selon moi peu d'ouverture quant à la compréhension de nos interventions. Cela a grandement limité selon moi mes interventions. Son non verbal le démontrait également. (Intervenant auprès des enfants).

Dans d'autres cas, ce sont les intervenants travaillant auprès des femmes ou des hommes qui avaient l'impression qu'il était difficile d'établir des liens de collaboration avec les intervenants du Centre jeunesse :

Je souhaite plus d'ouverture et de collaboration du centre jeunesse.
(Intervenant auprès des hommes)

Ces difficultés relationnelles peuvent avoir différentes origines. Certains auteurs indiquent que les inégalités dans l'accès aux ressources ainsi que le pouvoir d'enquête peuvent être à la source de tensions entre les milieux de pratique (Lessard *et al.*, 2006). Par exemple, les organismes communautaires ont plus de difficulté à obtenir du financement comparativement aux organisations gouvernementales. En ce qui concerne le pouvoir d'enquête, les équipes des centres jeunesse sont avantagées (entre autres celles de l'accueil-évaluation-orientation), car elles détiennent ce pouvoir. Ce n'est toutefois pas le cas des organismes communautaires et des centres de santé et de services sociaux.

Les différences culturelles entre les milieux de pratique peuvent aussi affecter la relation entre les intervenants. Par exemple, les services offerts aux femmes victimes de violence conjugale et ceux offerts aux enfants victimes de maltraitance ont historiquement évolué dans des univers distincts (Lessard & Chamberland, 2003). Les intervenants auprès des enfants ont comme mission de protéger les enfants (Gouvernement du Québec, 2013), alors que les intervenants qui travaillent auprès des femmes ont pour mission de protéger à la fois la mère victime de violence conjugale et leurs enfants (Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale, 2013). Cette différence peut amener les intervenants à avoir de la difficulté à s'entendre au sujet des cibles et des stratégies d'intervention (Beeman & Edleson, 2000; Dubé & Boisvert, 2009b; Lowry & Trujillo, 2008; Wendt, 2010) ainsi que des orientations théoriques à privilégier (Harper, 2007; Rondeau *et al.*, 2000; Wendt, 2010), ce qui peut entraîner des difficultés relationnelles et de collaboration (Beeman, Hagemeister & Edelson, 1999). Lessard *et al.* (2006) indiquent aussi que des tensions peuvent apparaître entre les intervenants du réseau public et les intervenants du milieu communautaire. Les différences culturelles qui rejoignent ces deux milieux peuvent, par exemple, concerner le fonctionnement organisationnel. C'est notamment le cas des règles qui régissent la transmission d'informations confidentielles. Les différences à ce sujet peuvent amener les intervenants des différentes organisations à vivre des incompréhensions quant aux mandats des autres, en plus d'engendrer des frustrations.

DÉFI D'ASSURER LA COLLABORATION DES PARENTS

Les intervenants qui ont participé à l'expérimentation de la région de Québec s'entendent pour dire que la collaboration entre les parents et les intervenants est très importante, car elle facilite leur pratique et, par conséquent, la concertation. Toutefois, les parents ne collaborent pas nécessairement tous aisément à leurs interventions. Certains parents font preuve de peu d'introspection et reconnaissent peu le rôle qu'ils ont à jouer dans la dynamique familiale, ce qui exige des efforts supplémentaires en intervention et peut aussi expliquer les refus de certains parents à ce que leur intervenant participe à une rencontre de concertation. Ainsi, même si les intervenants travaillent conjointement pour le mieux-être des membres de la famille, la mobilisation et la participation des parents sont parfois difficiles à obtenir. Un intervenant a mentionné :

*Les services qui pouvaient être donnés à la famille ont été faits, mais il reste aux parents à faire leur bout de chemin, car il y a un manque de motivation et de mise en action.
(Intervenante auprès des femmes)*

Par ailleurs, il est possible que ce manque de collaboration perçu par l'intervenant cache des enjeux liés à la sécurité des victimes qu'il ne faut surtout pas négliger. C'est pourquoi il est important que les intervenants discutent avec les parents des raisons qui les poussent à refuser le soutien offert par une pratique concertée. Par exemple, il arrive que certaines mères refusent de signer les formulaires de consentement, car elles perçoivent que le fait de signer représente un risque pour leur sécurité ainsi que pour celle de leurs enfants. Dans certains cas, leur conjoint ne sait pas qu'elles font appel au soutien de services psychosociaux. Lorsque le père signe à son tour les formulaires de consentement, il sera toutefois informé que sa conjointe rencontre un intervenant, ce qui peut être un élément déclencheur de violence conjugale. Des intervenants indiquent aussi que certaines mères refusent de signer les formulaires de consentement, car en signant, elles se sentent « attachées » à leur conjoint. Un intervenant qui propose à son client d'utiliser la concertation doit donc considérer les enjeux qui sont vécus dans la famille avant et après avoir fait la proposition.

DÉFI DU RETOUR AVEC LE CLIENT

Dans les situations où les parents sont d'accord avec la participation de leur intervenant aux rencontres de concertation, il est aussi important d'assurer une bonne préparation avec le client quant aux objectifs de cette concertation, et par la suite un retour sensible et adapté à la situation et aux besoins de chaque client. Ceci n'est pas une mince responsabilité, car les rencontres de concertation permettent aux intervenants d'avoir accès à des informations qui concernent la situation familiale de leur client et qui, dans certains cas, leur étaient auparavant inconnues. Selon les intervenants qui ont participé au projet, ces nouvelles connaissances sont profitables, car elles permettent de mieux connaître la situation familiale de leur client, de mieux saisir les enjeux vécus par la famille, de savoir quels sont les besoins des différents membres de la famille ainsi que d'orienter adéquatement les interventions. Par ailleurs, lorsqu'un intervenant a accès à des informations qui n'ont pas été divulguées par son client, le retour en intervention peut représenter un défi. L'intervenant peut en effet vivre différents sentiments qui, sans le vouloir, vont influencer ses interventions. À cet effet, un intervenant a mentionné :

En me faisant expliquer son contexte familial, c'est venu m'ébranler moi comme personne et non comme intervenant. Mais ça a teinté mes interventions avec lui parce que ce n'est pas des choses qu'il avait choisi de me parler alors j'étais en jugement face à sa situation, ce qui n'aurait pas eu lieu si c'était lui qui m'avait parlé du génogramme par exemple. Donc, je le voyais différemment après. Si j'ai à refaire l'expérience de concertation, après la rencontre, je crois que je vais prévoir un moment avec le participant en individuel pour établir ce que je sais maintenant et que je ne savais pas avant pour garder mon aisance par rapport à cette personne-là. Pour M. c'est arrivé en même temps qu'il piétinait dans sa démarche, ce qui m'a impatienté. (Intervenant auprès des hommes)

Lorsqu'ils participent aux rencontres de concertation, les intervenants doivent donc être conscients du fait qu'il n'est pas toujours aisé d'intervenir auprès de son client en ayant des informations qu'il ne nous a pas lui-même transmises. Lorsque ces nouvelles informations lui font vivre des sentiments qui risquent d'interférer avec ses interventions, il est primordial que l'intervenant en prenne conscience et qu'il adapte sa pratique en conséquence. Lorsqu'un intervenant décide d'ignorer les sentiments suscités par sa compréhension élargie des enjeux de sécurité ainsi que les impacts que ses sentiments peuvent avoir sur sa pratique, son attitude risque de contrevenir avec les objectifs premiers de la concertation : améliorer les services offerts aux familles et assurer plus efficacement la sécurité des enfants.

RESSOURCES

TEMPS

Le temps est un enjeu important à considérer. Selon notre expérience, trois principales étapes de la préparation des rencontres de concertation sont davantage susceptibles d'être affectées par cet enjeu :

- 1 . Les références** : Il y a parfois un délai entre le moment où les intervenants réalisent que la concertation est profitable pour la situation familiale d'un client et le moment où ils contactent le comité de coordination pour participer à une rencontre de concertation.
- 2 . La signature des formulaires de consentement** : Le temps qui s'écoule entre le moment où l'intervenant apprend qu'il doit faire signer le formulaire de consentement et celui où il rencontre son client est très variable et peut parfois être long. Ce délai dépend de la situation familiale et des disponibilités de l'intervenant et de son client pour réaliser une rencontre.
- 3 . L'organisation des rencontres** : Comme les intervenants ont souvent un agenda chargé, il peut être difficile de trouver un moment commun pour réaliser les rencontres de concertation. Le temps requis pour identifier cette date dépend des disponibilités de chaque intervenant et varie d'une rencontre à l'autre.

La réalisation de ces trois étapes allonge souvent le délai de la préparation des rencontres de concertation. Ce délai doit donc être pris en considération afin d'éviter qu'il devienne un obstacle à l'implantation d'une pratique concertée.

Selon les intervenants qui ont participé au projet, le manque de temps se fait aussi sentir dans les décisions logistiques des rencontres de concertation. Dans certains cas, les intervenants auraient préféré que les rencontres soient plus longues et qu'elles aient lieu à plus de deux reprises, car cela aurait facilité le contact avec les autres intervenants :

Manque de temps. Étalement sur 3 rencontres pour avoir le temps de connaître les participants sans rien bousculer. (Intervenant auprès des hommes)

À d'autres moments, les intervenants ont trouvé que le délai de trois mois entre les rencontres de concertation n'était pas toujours approprié parce que par exemple : a) dans certains cas, au moment de la première rencontre, le suivi avec la famille n'était pas encore débuté pour un des intervenants participant; b) dans d'autres cas, le suivi avec la famille avait pris fin avant la deuxième rencontre; c) le délai de trois mois était aussi parfois trop court pour permettre de faire plusieurs rencontres avec les membres de la famille. Des intervenants ont d'ailleurs indiqué que :

La rencontre aurait gagné en pertinence si la première rencontre avait eu lieu pendant le suivi au [nom de l'organisme]. (Intervenant auprès des enfants)

Mon client a terminé sa démarche depuis plusieurs semaines et donc, pas de contacts avec lui depuis [la première rencontre de concertation]. (Intervenant auprès des hommes)

Peu de rencontres avec les parents, soit quatre depuis [la première rencontre de concertation]. (Intervenant clientèle non précisée)

RESSOURCES HUMAINES

Les ressources humaines sont essentielles au processus de concertation. Elles représentent un enjeu dans le cadre d'une pratique concertée en violence conjugale, puisque plusieurs intervenants doivent être mobilisés à chacune des rencontres de concertation. On doit en effet prévoir la présence d'au moins quatre intervenants par rencontre : un intervenant pour chacune des expertises en violence conjugale et en maltraitance (3) ainsi que l'intervenant de référence qui joue le rôle d'animateur (1). Nous spécifions que ces quatre intervenants doivent être minimalement présents, car d'autres intervenants impliqués dans le dossier d'une famille peuvent aussi participer aux rencontres de concertation. Dans le cadre de l'expérimentation dans la région de Québec, des intervenants des expertises suivantes ont participé aux rencontres : intervention en violence conjugale auprès des femmes, intervention en violence conjugale auprès des hommes, intervention auprès des enfants exposés à la violence conjugale et maltraités, toxicomanie, sexologie, santé mentale et thérapie de couple.

Selon les intervenants qui ont participé à l'expérimentation dans la région de Québec, la présence de tous les acteurs pertinents ainsi que la diversité des expertises aux rencontres de concertation sont une force. La diversité des expertises apporte d'ailleurs d'intéressantes retombées cliniques qui permettent :

- un partage intéressant des expertises et des expériences;
- de mieux connaître les différentes facettes de la situation familiale;
- d'avoir des discussions par rapport aux interventions à privilégier;
- de mieux connaître les enjeux de l'intervention en violence conjugale;
- de mieux circonscrire la situation de l'enfant;
- de prendre les meilleures décisions dans l'intérêt de l'enfant.

Par opposition, l'absence d'un domaine d'intervention ou d'un intervenant impliqué dans le dossier de la famille est un enjeu à la concertation. Comme plusieurs situations familiales rencontrées au cours des rencontres de concertation ont été jugées comme complexes par les intervenants, il est préférable que toutes les ressources humaines utiles à la concertation soient présentes aux rencontres. Autrement, l'accès aux informations nécessaires pour mieux comprendre la situation familiale, pour mieux comprendre certaines informations qui relèvent d'autres expertises que la sienne et pour identifier les interventions appropriées est plus difficile. Parmi les expertises d'intervention qu'ils auraient aimé voir participer aux rencontres de concertation (en plus de celles déjà mentionnées), les intervenants ont nommé les éducateurs spécialisés, les juges ou les intervenants du domaine légal, les intervenants scolaires ou des garderie ainsi que les intervenants en supervision de contact au centre de jour du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.

Une autre spécificité de l'enjeu des ressources humaines a été soulevée par un intervenant qui a participé aux rencontres de concertation. Il s'agit du changement d'intervenant entre la première et la deuxième rencontre de concertation. Cette difficulté est associée à l'instabilité d'emploi des intervenants et au roulement du personnel, deux défis fréquemment rencontrés dans les milieux de pratique. Parfois, ces défis peuvent devenir un obstacle à la concertation en amenant une discontinuité et une interruption des services ainsi qu'en affectant les services offerts aux familles (Cameron & Lart, 2003; Curry, McCarragher & Dellmann-Jenkins, 2005; Mor Barak, Levin, Nissly & Lane, 2006; Tremblay & Joly, 2009).

RESSOURCES FINANCIÈRES

L'implantation d'une pratique concertée implique des ressources financières. Bien que les coûts associés ne soient pas faramineux, le financement est très important et peut constituer un enjeu s'il n'est pas considéré. Parmi les dépenses à prévoir, il faut considérer un salaire pour l'intervenant de référence. Le nombre d'heures à prévoir peut varier en fonction des besoins de chaque territoire ou région, mais un temps partiel serait probablement suffisant. Les intervenants qui participent aux rencontres de concertation doivent aussi être dégagés financièrement pour leur salaire, leur déplacement en voiture ou leur billet d'autobus ainsi que pour le stationnement. L'enjeu du financement est présent dans tous les milieux d'intervention, mais il est plus susceptible de devenir un obstacle pour les organismes communautaires. En effet, le financement est un enjeu d'actualité pour plusieurs d'entre eux (Coalition des tables régionales d'organismes communautaires & Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, 2012).

PÉRENNITÉ

Un autre enjeu important à l'implantation de la pratique concertée est la pérennité. Cela implique que les intervenants qui travaillent sur le terrain s'approprient le modèle développé au cours de l'expérimentation et qu'ils l'appliquent de façon continue dans leur pratique (Bilodeau *et al.*, 2003). Pour différentes raisons, la pérennité représente un important défi. D'abord, elle n'implique pas uniquement un travail soutenu de la part des membres du comité de coordination. Les intervenants et les gestionnaires extérieurs à ce comité ont aussi un rôle important à jouer : ce sont eux qui décident s'ils souhaitent intégrer ou non la pratique dans leur quotidien. Par ailleurs, le comité de coordination n'est rattaché à aucun milieu de pratique. Cette indépendance favorise l'égalisation des rapports de pouvoir entre les différents organismes, mais rend plus difficile la pérennité de la pratique concertée. Une solution qui apparaît logique à la suite de l'expérimentation dans la région de Québec est le rattachement d'un tel projet aux tables locales de concertation. Les tables de concertation en violence conjugale permettraient à un groupe de personnes de porter l'implantation de la pratique concertée et de favoriser l'égalisation des rapports de pouvoir. Elles auraient aussi pour rôle de s'assurer que la pratique concertée est utilisée à long terme par les intervenants. À cet effet, les tables de concertation pourraient se charger de la mobilisation des intervenants et des gestionnaires. Pour ce faire, elles devraient, par exemple, inviter des intervenants, des gestionnaires et l'intervenant de référence aux rencontres de la table. Ces rencontres seraient très utiles, puisqu'elles permettraient aux différentes personnes impliquées de discuter de la pratique concertée et de développer en équipe des stratégies qui en facilitent l'implantation. Le transfert d'informations par courriel entre les rencontres des tables de concertation s'avère aussi pertinent, puisque cela permet aux différents acteurs impliqués de conserver un lien entre les rencontres. L'envoi de courriels représente d'ailleurs un bon moyen pour solliciter la participation d'autres intervenants, puisqu'il permet de donner de l'information au sujet des modalités de participation aux rencontres de concertation, tout comme d'en présenter les bienfaits. Afin que les intervenants et les gestionnaires s'approprient et implantent la pratique concertée, il nous apparaît aussi essentiel qu'ils se familiarisent avec le processus de concertation. La table de concertation pourrait donc se charger de faire connaître le processus auprès des intervenants et des gestionnaires en faisant des formations, des aide-mémoire, etc. Pour faciliter ce transfert des connaissances, l'utilisation du présent guide d'implantation peut s'avérer judicieuse.

CONCLUSION



Ce guide d'implantation d'une pratique concertée a été conçu pour accompagner les intervenants et les gestionnaires désireux d'implanter ou d'adapter une stratégie novatrice de concertation entre les différents milieux d'intervention concernés par la violence conjugale et la maltraitance envers les enfants. Le premier chapitre a permis de fournir des repères théoriques essentiels sur les problématiques de violence conjugale et de maltraitance. Les deuxième et troisième chapitres ont expliqué les modalités et les étapes importantes pour la mise en place d'une telle stratégie de concertation et son actualisation concrète. L'implantation de cette pratique concertée ayant été évaluée dans la région de Québec, le quatrième chapitre, a démontré à l'aide de données probantes, les impacts et les retombées de cette pratique concertée pour les intervenants et pour les familles aidées. Le dernier chapitre a présenté une discussion critique des conditions et des enjeux à prendre en considération pour assurer la réussite et la pérennité d'une telle pratique concertée.

Si tous les groupes d'intervenants concernés s'entendent sur la priorité à accorder à la sécurité et au mieux-être des enfants exposés à la violence conjugale (Lessard *et al.*, 2010), il n'en demeure pas moins que la réponse effective à cette priorité exige des efforts constants de chaque intervenant et organisme. Cela met en lumière l'importance d'innover afin de mieux soutenir les intervenants et organismes vers l'atteinte de cet objectif. Selon le Réseau québécois en innovation sociale (2011 :3), une innovation sociale est :

Une nouvelle idée, une nouvelle approche ou une nouvelle intervention, un nouveau service, un nouveau produit [...] qui répond plus adéquatement et plus durablement que les solutions existantes à un besoin social bien défini, une solution qui a trouvé preneur au sein d'une institution, d'une organisation ou d'une communauté et qui produit un bénéfice mesurable pour la collectivité et non seulement pour certains individus. La portée d'une innovation sociale est transformatrice et systématique. Elle constitue, dans sa créativité inhérente, une rupture avec l'existant.

L'innovation sociale ne peut naître sans la contribution de nombreuses personnes et organismes qui acceptent de s'investir dans un changement de leurs pratiques. Cela implique d'accepter de s'ouvrir à des façons moins usuelles de travailler et parfois même d'être confronté dans sa propre vision du problème et des solutions. En situation de violence conjugale et de maltraitance, comme dans d'autres problématiques sociales, la situation familiale et les enjeux en cause, notamment ceux liés à la sécurité des victimes, sont souvent complexes à cerner lorsqu'on dispose d'une seule lunette pour analyser la situation. La mise en commun des expertises apparaît donc comme une voie à privilégier pour soutenir la pratique des intervenants et offrir une aide plus adéquate et cohérente aux familles. D'ailleurs, les participants à l'expérimentation réalisée dans la région de Québec souhaitent une certaine formalisation de cette innovation sociale qui pourrait, par exemple, passer par la création d'un comité permanent auquel pourraient s'ajouter d'autres acteurs des secteurs de la sécurité publique et des milieux judiciaires.

Oui, il devrait y avoir une plus grande collaboration entre les intervenants des divers milieux. Une façon de faire formelle pourrait être mise sur pied. (Intervenant auprès des enfants)

Ce projet devrait servir de base à l'implantation d'un programme du type « vigile » où il y aurait une mise en place d'un comité permanent. Comité composé de la police, ressources pour femmes, ressources pour hommes, procureur ou du barreau, etc. pour avoir un nombre impair. Ce comité expert pourrait se réunir en cellule de crise pour discussion clinique [et] pour aller vers des interventions concertées en contexte de dangerosité élevé. (Intervenant auprès des hommes)

Les retombées de la pratique concertée présentée dans ce guide sont nombreuses et non négligeables (voir chapitre 4 pour de plus amples renseignements) :

Pour le soutien à la pratique des intervenants :

- apprendre à mieux connaître les rôles et les mandats des autres milieux de pratique;
- améliorer la collaboration entre les intervenants des différents organismes concernés;
- réduire les divergences de points de vue entre les intervenants en ce qui a trait à la définition du problème et des solutions.

Pour la qualité des services aux familles aidées :

- bénéficier d'interventions plus adaptées à leur réalité et plus cohérentes;
- mieux répondre aux enjeux de sécurité des victimes;
- prendre des décisions cliniques mieux éclairées.

Puisque le dernier plan d'action gouvernemental 2012-2017 en violence conjugale priorise l'amélioration de la concertation entre les ressources concernées par l'exposition des enfants à la violence conjugale (engagement 35), il vaut la peine de continuer d'investir du temps, de l'énergie ainsi que des ressources humaines et financières pour soutenir les diverses initiatives qui apportent des réponses concrètes en ce sens. Il nous apparaît aussi important de poursuivre l'implantation et l'évaluation de telles initiatives dans d'autres régions afin de mieux connaître et documenter les particularités régionales susceptibles d'influencer la pratique concertée en violence conjugale et en maltraitance.

BIBLIOGRAPHIE



- Appel, A. E. & Holden, G. W. (1998). The co-occurrence of spouse and physical child Abuse: A review and appraisal. *Journal of Family Psychology*, 12(4), 578-599.
- Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G. & Livian, Y.-F. (1996). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris, France : Éditions du seuil.
- Beeman, S. K. & Edleson, J. L. (2000). Collaborating on family safety. *Journal of aggression, maltreatment and trauma*, 3(1), 345-358.
- Beeman, S. K., Hagemester, A. K. & Edleson, J. L. (1999). Child protection and battered women's services : from conflict to collaboration. *Child maltreatment*, 4, 116-126.
- Bilodeau, A., Lapierre, S. & Marchand, Y. (2003). *Le partenariat : Comment ça marche? Mieux s'outiller pour réussir*. Montréal, Canada : Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Bogat, G. A., DeJonghe, E., Levendosky, A. A., Davidson, W. S. & Von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse and Neglect*, 30, 109-125.
- Bourassa, C. (2006). L'exposition à la violence conjugale psychologique et verbale et son effet sur le comportement des adolescents. *Journal International de Victimologie*, 13, 5(1). Repéré à <http://www.jidv.com/njidv/index.php/archives/par-numero/jidv-13/119-jidv-13/258-lexposition-a-laviolencepsychologique-et-verbale-et-son-effet-sur-le-comportement-des-adolescents>.
- Bureau of Justice Statistics (2007) *Intimate partner violence in the U.S.* Available at: <http://bsj.ojp.usda.gov/content/pub/pdf/ipvus.pdf> (accessed 25 November 2009).
- Cameron, A. & Lart, R. (2003). Working : a systematic review of the research evidence. *Journal of integrated care*, 11(2), 9-17.
- Coalition des tables régionales d'organismes communautaires & Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (2012). *Pour un meilleur financement de la mission des organismes communautaires en santé et services sociaux*. Montréal, Canada : Coalition des tables régionales d'organismes communautaires et la table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles.

- Curry, D., McCarragher, T. & Dellmann-Jenkins, M. (2005). Training, transfer, and turnover : exploring the relationship among transfer of learning factors and staff retention in child welfare. *Children and youth services review*, 27, 931-948.
- Dandurand, L. (2004). Et si on parlait d'innovation sociale... *Recherches, innovations : la revue du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture*, 1, 3-6.
- Devris, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J. & Watts, C. H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies. *PLoS Medicine / Public Library of Science*, 10(5).
- Dubé, M. & Boisvert, R. (2009a). Évaluation du projet pilote d'implantation du protocole de collaboration intersectorielle pour les enfants exposés à la violence conjugale. Québec, Canada : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes et Table de concertation en violence conjugale de Montréal.
- Dubé, M. & Boisvert, R. (2009b). Venir en aide aux enfants exposés à la violence conjugale : évaluation d'un projet pilote de collaboration intersectorielle. *Revue de l'IPC*, 3, 179-200.
- Dufour, S. (2009). « Les enjeux liés à l'étude de la violence en milieu familial ». Dans M-E. Clément & S. Dufour, *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* (pp. 1-14). Québec : CEC.
- Evans, S. E., Davies, C. & DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: a meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 131-140.
- Fox, G. L., Sayers, J. & Bruce, C. (2001). Beyond bravado: Redemption and rehabilitation in the fathering accounts of men who batter. *Marriage and Family Review*, 32(3/4), 137-163.
- Goddard, C. & Bedi, G. (2010). Intimate partner violence and child abuse : a child-centred perspective. *Child Abuse Review*, 19(1), 5-20.
- Gouvernement du Québec (1995). *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*. Québec : Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale et familiale.
- Gouvernement du Québec (2006). *Loi sur la protection de la jeunesse*, L.R.Q., c. P-34-1.
- Gouvernement du Québec (2012). *Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Gouvernement du Québec (2013). *Loi sur la protection de la jeunesse*. Québec, Canada : Gouvernement du Québec.
- Harper, E. (2007). Modèles de concertation pour les enfants exposés à la violence conjugale et les membres de leur famille : Enjeux, défis et pratiques novatrices. Dans C. Chamberland, S. Léveillé & N. Trocmé (dir.), *Enfants à protéger, Parents à aider : Des univers à rapprocher* (pp. 277-305). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Harrison, C. (2008) Implacably hostile or appropriately protective? Women managing child contact in the context of domestic violence. *Violence Against Women*, 14, 381–405.
- Hester, M. (2011). The three planet model : towards an understanding of contradictions in approaches to women and children's safety in contexts of domestic violence. *British journal of social work*, 41, 837-853.
- Holden, G.W. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 151-160.
- Holt, S., Buckley, H. & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and Young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32, 797–810.
- Huxham, C. & Vangen, S. (2004). Doing things collaboratively : Realizing the advantage or succumbing to inertia?. *Organizational dynamics*, 33(2), 190-201.
- Jaffe, P., Lemmon, N. & Poisson, S. (2005). *Child custody and domestic violence: A call for safety and accountability*. Thousand Oaks: Sage.
- Johnson, M. P. (2006). Conflict and Control Gender Symmetry and Asymmetry in Domestic Violence. *Violence Against Women*, 12(11), 1003-1018.
- Johnson, M. P. (2008). *A typology of domestic violence: intimate terrorism, violent resistance and situational couple violence*. Hanover, [N.H.]: University Press of New England.
- Kelly, R. J. & El-Sheikh, M. (2013). Longitudinal relations between marital aggression and children's sleep: The role of emotional insecurity. *Journal of Family Psychology*, 27(2), 282-292.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R. & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339-352.

- Lapierre, S., Lessard, G. & Turcotte, D. (2004). La séparation dans un contexte de violence conjugale: quels sont les défis pour l'intervention auprès des enfants. [Separation in a context of domestic violence: What are the challenges when working with children.] In M.-C. Saint-Jacques, D. Turcotte, S. Drapeau & R. Cloutier, (Eds.), *Séparation, monoparentalité et recomposition familiale : bilan d'une réalité complexe et pistes d'actions* (pp.195-216). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Lavergne, C., Chamberland, C., Laporte, L. & Baraldi, R. (2003). *Violence conjugale : impliquer les pères et aider les mères pour protéger les enfants*. Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants.
- Lessard, G. & Chamberland, C. (2003). Agir auprès des familles où il y a de la violence conjugale et de la violence parentale. Dans C. Chamberland, *Violence parentale et violence conjugale. Des réalités plurielles, multidimensionnelles et interreliées* (pp. 275-318). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Lessard, G., Lavergne, C., Chamberland, C., Damant, D. & Turcotte, D. (2006). Conditions for Resolving Controversies Between Social Actors in Domestic Violence and Youth Protection Services: Toward Innovative Collaborative Practices. *Children and Youth Services Review*, 28(5), 511-534.
- Lessard, G., Damant, D., Hamelin-Brabant, L., Pépin-Gagné, J. & Chamberland, A. (2009). L'exposition à la violence conjugale. Dans Clément & S. Dufour (dir.), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* (pp. 79-97). Montréal : CEC.
- Lessard, G., Flynn, C., Turcotte, P., Damant, D., Vézina, J.-F., Godin, M.-F., Paradis, F., Delisle, R., Alcedo, Y., Juneau, L., Rock, L. & Rondeau-Cantin, S. (2010). Child custody issues and co-occurrence of intimate partner violence and child maltreatment : controverses and points of agreement amongst practitioners. *Child and family social work*, 15(4), 492-500.
- Lessard, G. (2011). *Résolution des controverses entourant la garde des enfants en situation de violence conjugale et mauvais traitements envers les enfants: recherche-action orientée vers le développement de la concertation dans la région de Québec*. CRI-VIFF, collection Études et Analyses, no 43.
- Lessard, G., Flynn, C., Turcotte, P., Juneau, L., Delisle, R., Meunier, V., Godin, M.-F., Alcedo, Y. & Dumont, A. (2012). Violence conjugale, maltraitance et garde des enfants : une démarche de recherche-action favorisant la résolution des controverses entre les acteurs et l'émergence d'une pratique novatrice concertée. *Recherche qualitative*, 31(2), 25-51.

- Levendosky, A. A., Bogat, G. A. & Martinez-Torteya, C. (2013). PTSD Symptoms in Young Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 19(2), 187-201.
- Lowry, M. & Trujillo, O. (2008). *Cross-system dialogue. An effective strategy to promote communication between the domestic violence community, child welfare system, and the courts*. Reno, Nevada : National council of juvenile and family court judges.
- Margolin, G., Vickerman, K. A., Ramos, M. C., Serrano, S. D., Gordis, E. B., Iturralde, E., Oliver, P. H. & Spies, L. A. (2009). Youth exposed to violence : stability, co-occurrence, and context. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(1), 39-54.
- Mor Barak, M., Levin, A., Nissly, J. A. & Lane, C. J. (2006). Why do they leave? Modeling child welfare workers' turnover intentions. *Children and youth services review*, 28, 548-577.
- Moreau, J., Cabaret, M. & Carignan, L. (2009). Le système de protection de la jeunesse au Québec. Dans Clément, M. E. & Dufour, S. (dir.), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* (pp.175-192). Québec : CEC.
- Moreau, J., Cabaret, M. & Carignan, L. (2009). Le système de protection de la jeunesse au Québec. Dans Clément & S. Dufour (dir.), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* (pp. 175-190). Montréal : CEC.
- Organisation Mondiale de la Santé (2013). *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé 2013.
- Regroupement des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale (2013). *Mission*. Récupéré le 6 décembre 2013 de http://maisons-femmes.qc.ca/?page_id=6.
- Réseau Québécois en innovation sociale (2011). *Déclaration québécoise pour l'innovation sociale*. Québec, Canada : Université du Québec.
- Riou, D.A., Rinfret-Raynor, M., Cantin, S., avec la collaboration de Carignan, P. & Messier, M. (2003). *La violence envers les conjointes dans les couples québécois, 1998*. Montréal : Institut de la statistique du Québec.

- Rondeau, G., Sirois, G., Jacques, N. & Cantin, S. (2000). *Rapport abrégé. La concertation intersectorielle en matière de violence conjugale au Québec. Portrait des mécanismes en place et des points de vue des participantes et participants*. Québec, Canada : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Sloper, P. (2004). Facilitators and barriers for co-ordinated multi-agency services. *Child : Care, health and development*, 30(6), 571-580.
- Statistique Canada (2013, 25 février). *Mesures de la violence faite aux femmes : tendances statistiques*. Ministère de l'industrie. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2013001/article/11766-fra.htm>.
- Statistiques Canada (2011). *La violence familiale au Canada : un profil statistique*. Ottawa, Ontario : Centre Canadien de la statistique juridique.
- Stover, C.S., Van Horn, P., Turner, R., Cooper, B. & Lieberman, A.F. (2003). The effects of father visitation on preschool-aged witnesses of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(10), 1149-1166.
- Tremblay, C. & Joly, J. (2009). Le roulement du personnel chez les intervenants en Centre jeunesse : état, causes et effets. *Revue de psychoéducation*, 38(2), 189-213.
- Wendt, S. (2010). Building and sustaining local co-ordination : an australian rural community responds to domestic and family violence. *British Journal of Social Work*, 40, 44-62.
- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A. & Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 171-187.
- Wuest, J., Merritt-Gray, M., Ford-Gilboe, M., Lent, B., Varcoe, C. & Campbell, J. C. (2009). Chronic pain in women survivors of intimate partner violence. *The Journal of Pain*, 9(11), 1049-1057.

ÉLÉMENTS CONTEXTUELS SUR LES RÉFÉRENCES AU PROJET

FAMILLE # : _____

DATE DE RÉFÉRENCE : _____


Mère/Conjointe :

Père/Conjoint :

Enfant(s) :

Prénom	Sexe	Âge	Prénom	Sexe	Âge
① _____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		③ _____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
② _____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		④ _____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

IntervenantEs au dossier :

Volet « Sécurité et protection des enfants »	Organisme : Nom :	
Volet « Intervention auprès des femmes et des enfants en contexte de violence »	Organisme : Nom :	
Volet « Intervention auprès des conjoints ayant des comportements violents »	Organisme : Nom :	
Autre volet : _____	Organisme : Nom :	
Autre volet : _____	Organisme : Nom :	

Contexte :

FORMULAIRE D'AUTORISATION DU PARENT

TITRE DU PROJET :

AGIR ENSEMBLE POUR LE MIEUX-ÊTRE DES ENFANTS EXPOSÉS À LA VIOLENCE CONJUGALE ET FAMILIALE

LA NATURE ET LES PROCÉDÉS DU PROJET SE DÉFINISSENT COMME SUIT :

1. Le projet a pour objectif général d'implanter et d'évaluer un modèle de discussion clinique permettant de favoriser une meilleure collaboration entre les ressources communautaires et institutionnelles concernées par la problématique, en vue d'améliorer la cohérence de l'aide psychosociale offerte aux familles confrontées à de la violence conjugale et de la maltraitance.
2. Ce projet implique que les intervenants en provenance des différents milieux d'intervention concernés par l'offre d'aide à votre famille participent à deux (2) rencontres de discussion clinique, qui se dérouleront à environ trois (3) mois d'intervalle. Ces rencontres permettront aux intervenants de discuter des éléments de votre situation qui sont liés à la sécurité et au bien-être de votre/vos enfants. Votre intervenant (ou un intervenant expert) s'assura que les solutions envisagées considèrent vos besoins personnels, vos besoins comme parent ainsi que les besoins de votre/vos enfants.
3. Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser que votre intervenant participe à ce projet et, si vous acceptez, vous pourrez vous retirer en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque.
4. La participation à ce projet vous offre une occasion pour que votre situation familiale, les solutions envisagées ainsi que les enjeux associés à la garde de votre/vos enfants fasse l'objet de discussions intersectorielles. Ceci peut entraîner comme retombée que votre famille bénéficie d'une intervention plus cohérente et continue.
5. Chaque intervenant participant aux discussions s'engage par écrit à conserver l'anonymat et la plus stricte confidentialité des informations partagées concernant votre famille ou les usagers des services, incluant la confidentialité des propos tenus par les autres intervenants.
6. En ce qui concerne le caractère confidentiel des renseignements fournis par les intervenants sur les familles, les mesures suivantes sont prévues :
 - ▶ les noms des intervenants et des membres de la famille ne paraîtront sur aucun rapport;
 - ▶ un code sera utilisé sur les divers documents du projet. Seuls les intervenants participants à la discussion et les personnes responsables de l'évaluation du projet auront accès à la liste des noms et des codes;
 - ▶ en aucun cas, les propos individuels des intervenants ne seront communiqués à qui que ce soit;
 - ▶ les discussions cliniques ne feront pas l'objet d'un enregistrement.

7. Toute publication ou communication découlant de ce projet respectera ces mêmes règles de confidentialité.

- Je consens librement à ce que des intervenants des organismes ci-dessous participent au projet intitulé : « *Agir ensemble pour le mieux-être des enfants exposés à la violence conjugale et familiale* » :

Organismes

Cette autorisation à l'échange d'informations est valide pour une période de **6 mois**.

Informations sur le/les enfants :

Nom(s)	Date de naissance

- J'accepte que la personne responsable du projet communique avec moi pour faciliter l'organisation des rencontres (inscrire votre numéro de téléphone ci-bas).
- J'accepte d'être contacté(e) à la fin du projet pour donner mes impressions sur les interventions dont j'ai bénéficié.

Signature du parent

Date

Nom du parent en lettres capitales

Téléphone du parent

Signature d'une personne responsable du projet

Date

FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR ENFANTS ÂGÉS DE 14 ANS ET PLUS

TITRE DU PROJET :

AGIR ENSEMBLE POUR LE MIEUX-ÊTRE DES ENFANTS EXPOSÉS À LA VIOLENCE CONJUGALE ET FAMILIALE

LA NATURE ET LES PROCÉDÉS DU PROJET SE DÉFINISSENT COMME SUIT :

1. Le projet a pour objectif général d'implanter et d'évaluer un modèle de discussion clinique permettant de favoriser une meilleure collaboration entre les ressources communautaires et institutionnelles concernées par la problématique, en vue d'améliorer la cohérence de l'aide psychosociale offerte aux familles confrontées à de la violence conjugale et de la maltraitance.
2. Ce projet implique que les intervenants en provenance des différents milieux d'intervention concernés par l'offre d'aide à votre famille participent à deux (2) rencontres de discussion clinique, qui se dérouleront à environ trois (3) mois d'intervalle. Ces rencontres permettront aux intervenants de discuter des éléments de votre situation qui sont liés à votre sécurité et à votre bien-être. Votre intervenant s'assura que les solutions envisagées considèrent vos besoins personnels, vos besoins comme enfant ainsi que les besoins de vos parents.
3. Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser que votre intervenant participe à ce projet et, si vous acceptez, vous pourrez vous retirer en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque.
4. La participation à ce projet vous offre une occasion pour que votre situation familiale, les solutions envisagées ainsi que les enjeux associés à la garde fasse l'objet de discussions intersectorielles. Ceci peut entraîner comme retombée que votre famille bénéficie d'une intervention plus cohérente et continue.
5. Chaque intervenant participant aux discussions s'engage par écrit à conserver l'anonymat et la plus stricte confidentialité des informations partagées concernant votre famille ou les usagers des services, incluant la confidentialité des propos tenus par les autres intervenants.
6. En ce qui concerne le caractère confidentiel des renseignements fournis par les intervenants sur les familles, les mesures suivantes sont prévues :
 - ▶ les noms des intervenants et des membres de la famille ne paraîtront sur aucun rapport;
 - ▶ un code sera utilisé sur les divers documents du projet. Seuls les intervenants participants à la discussion et les personnes responsables de l'évaluation du projet auront accès à la liste des noms et des codes;
 - ▶ en aucun cas, les propos individuels des intervenants ne seront communiqués à qui que ce soit;
 - ▶ les discussions cliniques ne feront pas l'objet d'un enregistrement.

7. Toute publication ou communication découlant de ce projet respecteront ces mêmes règles de confidentialité.

Je consens librement à ce que les intervenants ci-dessous participent au projet intitulé : « *Agir ensemble pour le mieux-être des enfants exposés à la violence conjugale et familiale* » :

Organismes

--

Cette autorisation à l'échange d'informations est valide pour une période de **6 mois**.

Signature de l'enfant de 14 ans ou plus

Date

Nom de l'enfant en lettres capitales

Date de naissance

Signature d'une personne
responsable du projet

Date



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'INTERVENANT

TITRE DU PROJET :

AGIR ENSEMBLE POUR LE MIEUX-ÊTRE DES ENFANTS EXPOSÉS À LA VIOLENCE CONJUGALE ET FAMILIALE

LA NATURE ET LES PROCÉDÉS DU PROJET SE DÉFINISSENT COMME SUIT :

1. Le projet a pour objectif général d'implanter et d'évaluer un modèle de discussion clinique permettant de favoriser une meilleure collaboration entre les ressources communautaires et institutionnelles concernées par la problématique, en vue d'améliorer la cohérence de l'aide psychosociale offerte aux familles confrontées à de la violence conjugale et de la maltraitance.
2. Ce projet implique votre participation à deux rencontres, se déroulant à environ trois (3) mois d'intervalle. Ces rencontres, d'une durée d'environ 1 h 30, vous permettront de discuter avec les autres intervenants concernés de la situation d'une famille dans laquelle il y a concomitance de violence conjugale et de mauvais traitements, ainsi que des enjeux liés à la garde des enfants.
3. Vous êtes entièrement libre de participer à ce projet et pourrez vous retirer en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque.
4. La participation à ce projet vous fournira une occasion de réfléchir collectivement sur les enjeux associés à la garde des enfants en situation de concomitance et sur les solutions cliniques envisageables.
5. Chaque participant-e s'engage à conserver l'anonymat et la plus stricte confidentialité des informations partagées concernant les familles ou les usagers des services, incluant la confidentialité des propos tenus par les autres participants. Vous aurez un formulaire d'engagement à signer à cet effet.
6. En ce qui concerne le caractère confidentiel des renseignements fournis par les participant-e-s, les mesures suivantes sont prévues :
 - les noms des participant-e-s et des membres de la famille ne paraîtront sur aucun rapport;
 - un code sera utilisé sur les divers documents du projet. Seuls les intervenants participants à la discussion et les personnes responsables de l'évaluation du projet auront accès à la liste des noms et des codes;
 - en aucun cas, les propos individuels des participant-e-s ne seront communiqués à qui que ce soit;
 - les discussions cliniques ne feront pas l'objet d'un enregistrement.

7. Toute publication ou communication découlant de ce projet respecteront ces mêmes règles de confidentialité.

Je consens librement à participer au projet intitulé : « Violence conjugale et maltraitance : agir ensemble pour le mieux-être des enfants »

Signature de l'intervenant-e participant-e

Date

Nom de l'intervenant-e participant-e
en lettres capitales

Signature d'une personne
responsable du projet

Date



FORMULAIRE D'ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

TITRE DU PROJET :

AGIR ENSEMBLE POUR LE MIEUX-ÊTRE DES ENFANTS EXPOSÉS À LA VIOLENCE CONJUGALE ET FAMILIALE

ENGAGEMENT :

Je m'engage à conserver l'anonymat et la plus stricte confidentialité des informations partagées par les intervenants participant au projet concernant les familles ou les usagers des services offerts par les organismes impliqués dans ce projet. Je suis conscient-e que cet engagement à la confidentialité s'applique à toute communication, publication, activité de transfert des connaissances ou autre qui découlera du présent projet.

Signature

Date

Nom en lettres capitales

Signature d'une personne
responsable du projet

Date

AIDE-MÉMOIRE POUR LE SUIVI DE LA CONCERTATION CLINIQUE

FAMILLE # : _____

ÉLÉMENTS CONTEXTUELS

Mère/Conjointe :

Père/Conjoint :

Enfant(s) :

Prénom	Sexe	Âge	Prénom	Sexe	Âge
① _____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		③ _____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
② _____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		④ _____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

Structure familiale :

Motif du signalement :

Jugement de garde :

Autres éléments contextuels :

MISE EN COMMUN DES COMPRÉHENSIONS DES INTERVENANTS

Volet « Sécurité et protection des enfants »	Volet « Intervention auprès des femmes et des enfants en contexte de violence »	Volet « Intervention auprès des conjoints ayant des comportements violents »	Autre volet :
Organisme : Nom : <input type="checkbox"/> au dossier <input type="checkbox"/> expert-invité	Organisme : Nom : <input type="checkbox"/> au dossier <input type="checkbox"/> expert-invité	Organisme : Nom : <input type="checkbox"/> au dossier <input type="checkbox"/> expert-invité	Organisme : Nom : <input type="checkbox"/> au dossier <input type="checkbox"/> expert-invité

Reconnaissance des problématiques :

Habilités parentales :

Relations parent-enfant :

MISE EN COMMUN DES COMPRÉHENSIONS DES INTERVENANTS (SUITE)

Volet « Sécurité et protection des enfants »	Volet « Intervention auprès des femmes et des enfants en contexte de violence »	Volet « Intervention auprès des conjoints ayant des comportements violents »	Autre volet :
Organisme : Nom : <input type="checkbox"/> au dossier <input type="checkbox"/> expert-invité	Organisme : Nom : <input type="checkbox"/> au dossier <input type="checkbox"/> expert-invité	Organisme : Nom : <input type="checkbox"/> au dossier <input type="checkbox"/> expert-invité	Organisme : Nom : <input type="checkbox"/> au dossier <input type="checkbox"/> expert-invité

Relation de couple :

--	--	--	--

Caractéristiques et comportements de l'enfant :

--	--	--	--

Autres :

--	--	--	--

BILAN DE LA RENCONTRE

Orientations proposées :

Questionnements qui persistent :

Commentaires généraux :



BILAN DU PROJET POUR CETTE FAMILLE (2^e rencontre seulement)

Les orientations + pistes d'action identifiées lors de la 1^{ère} rencontre ont-elles influencé vos interventions ? De quelles façons ?

Dans quelle mesure croyez-vous que la qualité des services offert à la famille a été influencée ou non par le processus de concertation que nous expérimentons ?

Avez-vous constaté des retombées? Si oui lesquelles ?

ÉVALUATION PAR L'INTERVENANT AU DOSSIER

1^{ÈRE} RENCONTRE DE CONCERTATION OU VOLET CONSULTATIFIntervenant (e) en violence auprès des femmes Intervenant (e) en violence auprès des hommes Intervenant (e) en maltraitance auprès des enfants Autre intervenant (e), spécifiez : _____

1 . Indiquez, en cochant la case appropriée, l'impact sur votre pratique des énoncés suivants :

	Beaucoup	Moyennement	Un peu	Pas du tout
Jusqu'à quel point cette rencontre a amélioré votre connaissance de la problématique (concomitance de violence conjugale et de mauvais traitements)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suite à cette rencontre, avez-vous une meilleure compréhension des enjeux liés à la garde des enfants en situation de concomitance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suite à cette rencontre, avez-vous une meilleure connaissance du mandat des partenaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 . Avez-vous observé des divergences dans les points de vue des intervenants participant à la rencontre d'aujourd'hui? Oui Non (passez à la question 3)

a) Si oui, précisez lesquelles.

b) La discussion a-t-elle contribué à réduire cette/ces divergence(s)?

Beaucoup Moyennement Un peu Pas du tout

3 . Avez-vous identifié des éléments qui semblaient faire consensus entre les points de vue des intervenants participant à la rencontre d'aujourd'hui? Si oui, précisez lesquels.

4 . Indiquez votre degré d'appréciation des aspects suivants du déroulement de la rencontre :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
Pertinence des discussions pour ma pratique professionnelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liberté d'expression (je me sens à l'aise d'émettre mes idées).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentiment que mon expertise et ma compétence professionnelle sont reconnues.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'expertise et la compétence professionnelle des autres me semblent reconnues (absence du sentiment que certains sont plus experts que d'autres).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouverture du groupe à entendre et à respecter des idées, opinions ou commentaires divergents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma propre contribution à la discussion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contribution de l'animateur à ce que chacun puisse s'exprimer suffisamment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 . Quels ont été, selon vous, les principaux éléments facilitant le déroulement de la rencontre ?

6 . Quels ont été, selon vous, les principales difficultés au déroulement de la rencontre ?

7 . Le choix des acteurs vous apparaissait-il pertinent ?

Oui Non

8 . Quels autres acteurs auriez-vous aimé voir participer à la discussion ? Quel est leur rôle ? De quels organismes viennent-ils ? Avez-vous d'autres commentaires sur le choix des acteurs?

9 . Avez-vous participé à d'autres expériences de concertation dans votre pratique en violence conjugale et maltraitance?

Oui **Non**

Si oui, pouvez-vous nous indiquer la nature de vos expériences de concertation?

Référence Planification d'une intervention

Échange d'information Intervention conjointe

Autre (spécifiez : _____)

10 . Avez-vous d'autres questions ou commentaires à ajouter sur l'ensemble de la démarche?

 **MERCI BEAUCOUP
POUR VOTRE PARTICIPATION À CE PROJET!**

ÉVALUATION PAR L'INTERVENANT AU DOSSIER : 2^E RENCONTRE DU VOLET CONCERTATION

Intervenant (e) en violence auprès des femmes

Intervenant (e) en violence auprès des hommes

Intervenant (e) en maltraitance auprès des enfants

Autre intervenant (e), spécifiez : _____

1 . Avez-vous observé des divergences dans les points de vue des intervenants participant à la rencontre d'aujourd'hui? Oui Non (passez à la question 3)

a) Si oui, précisez lesquelles.

b) La discussion a-t-elle contribué à réduire cette/ces divergence(s)?

Beaucoup Moyennement Un peu Pas du tout

2 . Avez-vous identifié des éléments qui semblaient faire consensus entre les points de vue des intervenants participant à la rencontre d'aujourd'hui? Si oui, précisez lesquels.

3 . Indiquez votre degré d'appréciation des aspects suivants du déroulement de la rencontre :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
Pertinence des discussions pour ma pratique professionnelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liberté d'expression (je me sens à l'aise d'émettre mes idées).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentiment que mon expertise et ma compétence professionnelle sont reconnues.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'expertise et la compétence professionnelle des autres me semblent reconnues (absence du sentiment que certains sont plus experts que d'autres).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouverture du groupe à entendre et à respecter des idées, opinions ou commentaires divergents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma propre contribution à la discussion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contribution de l'animateur à ce que chacun puisse s'exprimer suffisamment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 . Quels ont été, selon vous, les principaux éléments facilitant le déroulement de la rencontre ?

5 . Quels ont été, selon vous, les principales difficultés au déroulement de la rencontre ?

6 . Selon vous, est-ce que les discussions cliniques entre intervenants ont permis ou non de mieux répondre aux enjeux de sécurité des victimes de la situation concernée ?

Oui Non

Expliquez.

7 . Selon vous, est-ce que les discussions cliniques entre intervenants ont permis ou non d'améliorer votre pratique auprès des familles concernées par cette problématique?

Oui Non

Expliquez.

8 . Selon vous, le modèle de concertation clinique de ce projet constitue-t-il une stratégie d'action à développer?

Oui Non

Expliquez.

9 . Avez-vous d'autres questions ou commentaires à ajouter sur l'ensemble de la démarche?

 **MERCI BEAUCOUP
POUR VOTRE PARTICIPATION À CE PROJET!**

ÉVALUATION PAR L'EXPERT EXTERNE : VOLETS CONCERTATION ET CONSULTATION

Intervenant (e) en violence auprès des femmes

Intervenant (e) en violence auprès des hommes

Intervenant (e) en maltraitance auprès des enfants

Autre intervenant (e), spécifiez : _____

1 . Avez-vous observé des divergences dans les points de vue des intervenants participant à la rencontre d'aujourd'hui? Oui Non (passez à la question 2)

a) Si oui, précisez lesquelles.

b) La discussion a-t-elle contribué à réduire cette/ces divergence(s)?

Beaucoup Moyennement Un peu Pas du tout

2 . Avez-vous identifié des éléments qui semblaient faire consensus entre les points de vue des intervenants participant à la rencontre d'aujourd'hui? Si oui, précisez lesquels.

3 . Indiquez votre degré d'appréciation des aspects suivants du déroulement de la rencontre :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
Pertinence des discussions pour ma pratique professionnelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liberté d'expression (je me sens à l'aise d'émettre mes idées).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentiment que mon expertise et ma compétence professionnelle sont reconnues.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'expertise et la compétence professionnelle des autres me semblent reconnues (absence du sentiment que certains sont plus experts que d'autres).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouverture du groupe à entendre et à respecter des idées, opinions ou commentaires divergents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma propre contribution à la discussion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contribution de l'animateur à ce que chacun puisse s'exprimer suffisamment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 . Quels ont été, selon vous, les principaux éléments facilitant le déroulement de la rencontre ?

5 . Quels ont été, selon vous, les principales difficultés au déroulement de la rencontre ?

6 . Avez-vous participé à d'autres expériences de concertation dans votre pratique en violence conjugale et maltraitance?

Oui Non

Si oui, pouvez-vous nous indiquer la nature de vos expériences de concertation?

Référence Planification d'une intervention

Échange d'information Intervention conjointe

Autre (spécifiez : _____)

7 . Selon vous, est-ce que les discussions cliniques entre intervenants ont permis ou non de mieux répondre aux enjeux de sécurité des victimes de la situation concernée ?

Oui Non

Expliquez.

8 . Selon vous, le modèle de concertation clinique de ce projet constitue-t-il une stratégie d'action à développer?

Oui Non

Expliquez.

9 . Avez-vous d'autres questions ou commentaires à ajouter sur l'ensemble de la démarche?

 **MERCI BEAUCOUP
POUR VOTRE PARTICIPATION À CE PROJET!**

ANIMATION DE LA 1^{ère} RENCONTRE DE CONCERTATION OU DU VOLET CONSULTATIF

1. ACCUEIL ET INTRODUCTION
 - a. Rappel des objectifs de la rencontre de concertation
 - b. Explication du déroulement
 - c. Présentations
2. CONSENTEMENTS ET ENGAGEMENTS
3. DISCUSSION SUR LA SITUATION DE LA FAMILLE
 - a. Introduction à la situation par l'intervenante ayant référé la famille
 - b. Tour de table :
 - i. Situation et interventions actuelles
 - ii. Questionnements présents?
 - c. À la lumière de la discussion, comment pouvons-nous permettre aux enfants de cette famille de vivre en sécurité pour l'avenir ?
Pistes d'intervention
4. CONCLUSION ET ÉVALUATION

ANIMATION DE LA 2^e RENCONTRE DE CONCERTATION

1. ACCUEIL ET INTRODUCTION
2. CONSENTEMENTS ET ENGAGEMENTS
 - a. Si nouveaux participants : Intro au projet, présentations, formulaires
 - b. S'il n'y a pas de nouveaux participants : Rappel du consentement et de l'engagement
3. DISCUSSION SUR LA SITUATION DE LA FAMILLE
 - a. Résumé : situation et pistes d'intervention nommées lors de la discussion précédente
(Annexe F complété après la première rencontre)
 - b. Tour de table :
 - i. quoi de neuf dans la famille depuis la 1^{ère} rencontre?
 - ii. les pistes d'intervention ont-elles été appliquées?
 - iii. les questionnements ont-ils été résolus?
 - c. À la lumière des deux discussions que nous avons eu tous ensemble, comment pouvons-nous permettre aux enfants de cette famille de vivre en sécurité pour l'avenir?
4. DISCUSSION SUR LA CONCERTATION ENTRE LES RESSOURCES
 - a. Les orientations et pistes d'action identifiées lors de la 1^{ère} rencontre ont-elles influencé vos interventions? De quelles façons?
 - b. Dans quelle mesure croyez-vous que la qualité des services offert à la famille a été influencée ou non par le processus de concertation que nous expérimentons?
 - c. Avez-vous constaté des retombées? Si oui lesquelles?
5. CONCLUSION ET ÉVALUATION

Principal
partenaire financier :

*Enseignement supérieur,
Recherche, Science
et Technologie*



cri
viff

Centre de recherche interdisciplinaire
sur la violence familiale
et la violence faite aux femmes



Maison
pour femmes
immigrantes

Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale
Centre affilié universitaire

Centre de santé et de services sociaux
de Québec-Nord



Maison de la
Famille D.V.S.



Centre jeunesse
de Québec
Institut universitaire



VIOLENCE INFO



GAPI
un PAS vers la non-violence