

Défis et obstacles au repérage et à l'intervention en matière de violence conjugale lors de la période périnatale : principaux constats issus de l'expérience professionnelle auprès des familles

Sylvie Lévesque, Ph.D., Professeure, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal
levesque.sylvie@uqam.ca

Carole Boulebsol, Doctorante en sciences humaines appliquées, Université de Montréal
carole.boulebsol@umontreal.ca

Chantal Lavergne, Ph.D., Chercheuse, Institut universitaire Jeunes en difficulté, CIUSSS-CS-MTL
chantal.lavergne.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Julie Poissant, Ph.D., Professeure, Département d'éducation et de formation spécialisée, Université du Québec à Montréal
poissant.julie@uqam.ca

Nadia Giguère, Ph.D., Chercheuse, Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté, CIUSSS Centre-Sud-de l'Île-de-Montréal
nadia.giguere.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Marie-Noëlle Angers, Responsable de la vie associative, Réseau des Centres de ressources périnatales du Québec
vieassociative@rcrpq.com

Monica Dunn, Coordinatrice, Table de concertation en violence conjugale de Montréal infos@tcvcm.ca

Maëcha Nault, Sage-femme, Maison de naissance Côte-des-Neiges
maecha.nault.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca

119

RÉSUMÉ :

La violence conjugale lors de la période périnatale (VCP) est une préoccupation sociale et de santé importante. Afin de documenter les pratiques de repérage et d'intervention en VCP au Québec, 29 intervenant-es de différents milieux ont participé à des groupes de discussion focalisés réalisés entre les mois de décembre 2019 et mars 2020. Trois thèmes centraux ont été dégagés : 1) la présence de pratiques de repérage très variables; 2) la mécompréhension et la banalisation de la VCP ainsi que des écarts d'analyse et de pratiques entre les professionnel-le-s; et finalement 3) les barrières structurelles comme frein important dans le repérage et l'intervention en VCP. Ces résultats pourront guider l'amélioration des services en VCP.

MOTS-CLÉS :

Violence conjugale, période périnatale, pratiques professionnelles, intervention

INTRODUCTION

Depuis la reconnaissance de la violence conjugale (VC) comme un enjeu social et de santé (Gouvernement du Québec, 1985) et la création d'un plan d'action destiné à la contrer, le gouvernement québécois a mis en place différentes initiatives visant à sensibiliser, à informer et à soutenir la population en lien avec cette problématique (Gouvernement du Québec, 2018). Alors que la VC renvoie à une volonté de domination à l'intérieur d'une relation actuelle ou passée (Lafortest et al., 2018), elle peut se produire à différentes étapes de la vie, dont celle de la période périnatale — définie comme débutant lors de la grossesse et finissant lorsque l'enfant atteint l'âge de deux ans.

Au Québec, la dernière enquête populationnelle sur la violence familiale dans la vie des enfants a rapporté que 10,9 % des mères d'enfants âgés entre 6 mois et 5 ans auraient vécu de la violence conjugale en période périnatale (VCP) (Lévesque et al., 2019). Cette prévalence est préoccupante en regard des conséquences négatives sur la santé des femmes, des fœtus et des enfants (Pastor-Moreno et al., 2020), ainsi que sur la parentalité et la création de liens significatifs avec l'enfant (Buchanan et al., 2014; Lamb et al., 2018). Or, tant la période de la grossesse que la période postnatale sont marquées par des contacts réguliers avec des professionnel.les de la santé et des services sociaux (Deshpande et Lewis-O'Connor, 2013; O'Reilly et al., 2010). Des familles peuvent également recourir aux services des organismes communautaires tant pendant la grossesse qu'à la suite de la naissance du bébé pour répondre à divers besoins. Parmi elles, plusieurs vivront dans un contexte de VCP que les intervenant.es pourraient éventuellement repérer (O'Doherty et al., 2015). La pertinence d'un travail de concertation pour repérer, accueillir et diriger les personnes vivant en contexte de violence conjugale vers des ressources pertinentes pour qu'elles y reçoivent du soutien et l'aide appropriée pour répondre à leurs besoins est reconnue (Wong et al., 2022).

120

Au tournant des années 2000, les travaux de Rinfret-Raynor et ses collègues (1995; 2001; 2006) visaient justement à documenter et à évaluer les protocoles pilotes et les pratiques de dépistage de la VC dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les centres hospitaliers au Québec. Toutefois, au cours des dernières années, peu d'études ont été menées au Québec sur l'expérience des professionnel.les en ce sens. À notre connaissance, les travaux de Bernier et ses collègues (2005) ainsi que ceux de Lavergne et al. (2015) sont les seuls à avoir ciblé l'amélioration de l'intervention auprès des femmes enceintes issues de milieux défavorisés victimes de VC ou aux prises avec une problématique de consommation de substances psychoactives en cooccurrence ou non avec la victimisation au sein des relations intimes. Plus récemment, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a publié un avis scientifique sur l'intégration d'activités de prévention de la VC dans les services périnataux au Québec afin d'informer les gestionnaires et acteur.trices du réseau de la santé (Lafortest et al., 2018). À la lumière de ces différents éléments, cet article a comme objectif de documenter, dans un contexte contemporain, les défis associés aux pratiques de repérage et d'intervention en VCP au Québec. À partir de l'analyse des points de vue de professionnel.les œuvrant dans différents contextes, il vise à mieux cerner les difficultés liées à l'organisation des services et à la collaboration dans le repérage et le soutien en matière de VCP. Pour parvenir à ces fins, nous présenterons, dans un premier temps, un survol rapide des écrits scientifiques portant sur le repérage de la VCP, puis nous préciserons les conditions favorables et les obstacles à son déploiement en y abordant notamment la concertation. Nous enchaînerons avec la présentation du projet partenarial sur la VCP duquel découle cet article en précisant sa méthodologie et les principaux résultats obtenus. Nous terminerons cet article par une discussion de ces résultats en portant notre attention au contexte québécois.

1. Le repérage de la VCPP

Repérer la VCPP permet de proposer des interventions adaptées aux personnes concernées (Garcia-Moreno et al., 2015) et plusieurs associations professionnelles recommandent une intervention proactive en la matière pendant la période périnatale (Chisholm et al., 2017; Organisation mondiale de la santé, 2013). Il existe des pratiques de repérage universel auprès de toutes les femmes, par exemple questionner toutes les personnes enceintes rencontrées sur la présence possible de conflits et de violence au sein de leur couple, et d'autres, plus sélectives, qui ciblent celles dont les profils présentent de plus grandes vulnérabilités, par exemple interroger sur ces mêmes enjeux uniquement les femmes en situation de précarité socioéconomique (Flores et al., 2010; O'Doherty et al., 2015). L'efficacité des outils de repérage dépend de plusieurs facteurs, dont la fréquence à laquelle ils sont utilisés et les compétences des professionnel·les qui les utilisent (Henriksen et al., 2017). Une étude qualitative menée auprès de femmes enceintes afin de rendre compte de leur expérience en lien avec des protocoles de repérage systématique montre que la majorité a eu des réactions favorables à leur utilisation dans le cadre du suivi de grossesse et que ces pratiques ont permis de préciser que près d'une femme sur cinq était victime de VCPP (18,6 %) (Kataoka et Imazeki, 2018). Ces résultats s'ajoutent aux constats à l'effet que les torts pouvant être causés par le repérage sont très faibles (Chisholm et al., 2017).

Malgré des conclusions d'études qui remettent en question la pertinence du repérage universel de la violence conjugale lors de toutes périodes de la vie confondues, le repérage de la VC lors de la période périnatale rallie davantage les chercheurs et les cliniciens (U. S. Preventive Services Task Force et al., 2018; WHO, 2013), et ce, pour plusieurs raisons. Les premières motivations renvoient aux répercussions possibles associées à la VCPP sur la santé des femmes et des enfants (Wong et al., 2022). Une revue systématique récente d'études longitudinales sur la VCPP confirme le lien important entre la victimisation en période périnatale et la présence de stress post-traumatique et de symptômes dépressifs (Paulson, 2022). D'autres études montrent des répercussions sur la santé physique des mères telles que la présence de plaies ou d'hématomes, de saignements vaginaux ou de pré-éclampsie (Han et Stewart, 2014), alors que d'autres pointent vers le développement compromis du fœtus ou du bébé : croissance intra-utérine réduite, naissance prématurée, faible poids à la naissance, mortinaissance, entre autres (Donovan et al., 2016; Han et Stewart, 2014). Les nourrissons vivant en contexte de violence conjugale sont aussi affectés par cette violence, tant sur le plan de leur santé physique (p. ex. tendance à être malade plus souvent, problème de poids, présence d'asthme), de leur santé mentale (p. ex. stress aigu, pleurs importants, sommeil perturbé, capacités réduites de régulation ou d'orientation) que de leur développement social et familial (p. ex. initiation et poursuite de l'allaitement plus difficile, attachement ardu) (Lévesque et al., 2022).

Le second ensemble de motivations liées à la mise en place de pratiques préventives en VCPP renvoie à leurs retombées possibles pour les femmes et les enfants. En dépit de la difficulté à évaluer précisément les résultats d'interventions préventives liées à la VCPP sur des indicateurs de santé et de mieux-être ou même de la réduction de la VC (Laforest et al., 2018; Wong et al., 2022), une revue systématique des interventions menée par Van Parys et ses collègues (2014) permet de prendre connaissance de certains résultats associés aux trois catégories d'interventions ayant été recensées, soit la transmission d'information auprès de la femme enceinte ou pendant la période postnatale, le dépistage de la violence conjugale dans les services périnataux et les interventions de suivi du développement de l'enfant. Comme le précisent Laforest et al., (2018), ces interventions sont souvent combinées, mais aussi déployées dans des conditions variées. Globalement, il est documenté que les conclusions sur les effets de la transmission d'information demeurent incertaines. Toutefois, les programmes de dépistage qui incluent de la formation pour le personnel, un protocole et des outils améliorent les connaissances et les habiletés perçues du personnel soignant ainsi que les pratiques

de dépistage auprès de femmes enceintes. Les effets des pratiques de dépistage sont variables, en fonction des indicateurs utilisés (Lafortest et al., 2018); certaines études notent une diminution des épisodes de VCPP, d'autres concluent à une amélioration de la santé de la mère alors que d'autres ne concluent à aucun effet significatif. La majorité des écrits recensés ayant documenté un effet sur la réduction de la VCPP concerne les programmes de suivi du développement de l'enfant sous la forme de visites à domicile, notamment lorsque des composantes sur la VC ou la sécurité sont intégrées (Mejdoubi et al., 2013; Prosman et al., 2015; Jack et al., 2019). Conséquemment, le déploiement d'activités préventives débutant par le repérage de la VCPP est souhaitable pendant la période périnatale (U. S. Preventive Services Task Force et al., 2018).

Le Québec dispose de différents outils permettant d'identifier rapidement la survenue de grossesses ainsi que la naissance d'un bébé sur son territoire. *L'Avis de grossesse provincial informatisé* permet d'aider les personnes enceintes à trouver rapidement un.e professionnel.le de la santé pouvant effectuer le suivi de grossesse, mais aussi au réseau de la santé et des services sociaux d'identifier les personnes susceptibles de bénéficier de programmes ciblés, tels le suivi OLO ou un soutien à l'arrêt tabagique. Le *Constat de naissance*, rempli par le.la professionnel.le accoucheur.euse, est transmis au directeur de l'état civil et permet d'identifier toutes les personnes ayant donné naissance à un enfant vivant sur le territoire québécois. Enfin, les *Services intégrés en périnatalité et à la petite enfance* (SIPPE) permettent aux parents répondant aux critères d'admissibilité de bénéficier d'un accompagnement individualisé et de services individualisés et adaptés à leurs besoins. Il s'agit donc de différentes initiatives déjà implantées qui peuvent faciliter le déploiement des activités de repérage et d'interventions en VCPP.

2. Conditions favorables, barrières et obstacles au repérage de la VCPP

122

La recension systématique effectuée par O'Campo et ses collègues (2011) permet d'identifier des conditions qui favorisent la présence d'activités de repérage de la VC, toutes périodes de la vie confondues : des protocoles de dépistages jugés efficaces, des intervenant.es formé.es (formation initiale et continue sur la VC), un référencement à des services internes et externes et un accès rapide à ceux-ci ainsi que la présence d'un soutien organisationnel. L'absence de jugement de la part du personnel soignant et des intervenant.es, l'établissement d'un lien de confiance, l'absence du conjoint lors des consultations et des interactions qui se déroulent dans un lieu privé permettant la confidentialité sont aussi des conditions favorables au dévoilement de la VCPP (Alvarez et al., 2017; Lafortest et al., 2018).

Plusieurs barrières au repérage ont été documentées : l'absence d'outils standardisés dans les milieux de travail (Lafortest et al., 2018; Sprague et al., 2012); l'inconfort des professionnel.les à aborder activement la VC (Eustace et al., 2016); un manque de connaissances et de formation sur la VC et l'usage des outils de repérage (Eustace et al., 2016; Sprague et al., 2012); et l'appréhension d'une lourdeur administrative, de contraintes de temps et de surcharge de travail (Eustace et al., 2016; Henriksen et al., 2017; Rinfret-Raynor et al., 2007). Pour agir, les professionnel.les ont besoin d'appuis et de reconnaissance de leurs gestionnaires quant aux orientations à privilégier (Baird et al., 2018). En 2007, une enquête menée auprès de 276 professionnel.les des CLSC du Québec a révélé que presque un.e professionnel.le sur cinq ne disposait d'aucun outil d'identification de la VC et que 22,5 % n'avaient jamais suivi de formation sur le sujet (Lemieux et al., 2007).

Des contextes particuliers complexifient les conditions possibles d'identification de la violence. C'est le cas notamment dans les situations de chocs culturels, de préjugés, d'incompréhensions interculturelles, de barrières linguistiques entre les professionnel.les et les familles ou lorsque le

parcours migratoire ou les conditions d'intégration ne sont pas assez pris en compte (Baird et al., 2018; O'Reilly et al., 2010). Des enjeux éthiques et de sécurité influencent également la mise en place de pratiques de repérage, notamment la possibilité concrète d'offrir un soutien adapté à la suite d'un dévoilement de VC (Laforest et al., 2018) ou lorsque le partenaire est présent pendant les rencontres (Baird et al., 2018). À cela s'ajoutent les questions déontologiques quant au signalement aux services de protection de la jeunesse lorsque la VC est repérée (Laforest et al., 2018).

Des enjeux organisationnels constituent aussi des obstacles au déploiement des pratiques de repérage et d'intervention en VCPP, lesquelles sont influencées par différentes idéologies qui peuvent s'opposer et fragiliser la collaboration intersectorielle (Hester et al., 2011), les compréhensions divergentes des rôles et mandats ou les rapports de pouvoir pouvant exister entre ceux-ci (Lessard et al., 2018). Au Québec, par exemple, il existe encore une tension entre l'approche systémique mobilisée dans les services périnataux qui se concentre sur les compétences parentales et l'intégration des pères, d'une part, et l'approche préventive en VC qui priorise la sécurité des femmes et préconise des rencontres sans le conjoint, d'autre part (Laforest et al., 2018). Or, l'importance d'un travail en concertation est valorisée, considérant la complexité de cette problématique ainsi que la qualité accrue des soins aux victimes et l'efficacité des interventions qui leur sont destinées lorsque cette composante essentielle est présente (Lapierre et al., 2020).

Si la violence conjugale est plus souvent appréhendée de manière athéorique dans les recherches médicales qui s'intéressent notamment à son repérage pendant la grossesse (Tallieu et Brownridge, 2010), il arrive également que le modèle écologique soit mobilisé pour la contextualiser (Heise, 1998; Laforest et al., 2018). Dans le cadre de la présente étude, les perspectives interdisciplinaire et féministe sont privilégiées. L'interdisciplinarité repose sur l'alliance de connaissances produites dans le cadre de disciplines variées alors que les repères théoriques féministes permettent de conceptualiser la VC comme le résultat de rapports sociaux de sexe inégalitaires et renvoient le phénomène à sa dimension sociale et collective, refusant ainsi de le réduire à des conflits ou à des formes de déviance ou de disfonctionnement en termes de comportements purement individuels (Flynn et al., 2022).

123

3. Méthodologie

Un comité interdisciplinaire de chercheuses et de partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ainsi que du milieu communautaire a encadré l'étude en contribuant aux différentes étapes du processus (recrutement, collecte et analyse des données, diffusion). Ces expertises croisées ont permis d'analyser en profondeur les résultats et leurs retombées. La méthodologie qualitative s'appuie sur une approche constructiviste (Creswell, 2003) qui vise à rendre compte des actions et représentations de différents professionnels pouvant travailler auprès de personnes directement concernées par la VCPP.

3.1 Échantillonnage et stratégies de recrutement

L'échantillonnage repose sur les critères d'inclusion suivants : 1) être un-e professionnel.le/intervenant.e travaillant soit en contexte de périnatalité soit en violence conjugale auprès de mères victimes de VC ou de pères auteurs de VC; et 2) travailler dans les régions de Montréal ou de la Capitale-Nationale. Le critère sur les contextes de travail permet d'avoir une diversité de pratiques portant sur le repérage ou sur l'intervention, ou encore sur la combinaison de ces deux pratiques dans des milieux communautaires et institutionnels. Les régions de Montréal et de la Capitale-

Nationale ont été choisies pour permettre de rejoindre un grand nombre d'intervenant.es de profils variés, considérant l'offre de services plus abondante dans ces deux régions urbaines.

Pour favoriser le recrutement, plusieurs stratégies ont été mises en place, dont la diffusion d'une vidéo de promotion du projet, des affiches murales et numériques ainsi que des présentations au sein d'équipes ciblées. La coopération de plusieurs Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et milieux communautaires a favorisé le recrutement de 29 professionnel.les au sein des différents secteurs et services liés à la périnatalité, la famille et la protection de la jeunesse dans les CISSS et CIUSSS, d'un centre hospitalier, des services de santé ainsi que des groupes communautaires spécialisés en périnatalité ou en VC. Des certifications éthiques universitaires et institutionnelles multicentriques ont été obtenues et le consentement de chaque participant.e a été recueilli.

3.2 Collecte et analyse des données

Entre décembre 2019 et mars 2020, six groupes de discussion de 90 à 120 minutes réunissant entre trois et sept professionnel.les d'organismes variés ont été réalisés. Le recours au groupe de discussion a été privilégié puisqu'il favorise l'élaboration collective des contenus et permet une certaine confrontation des valeurs et des représentations (Acocella, 2012), ce qui était pertinent considérant notre objectif de recherche. La création de groupes hétérogènes, c'est-à-dire provenant de milieux de travail différents, a été privilégiée afin de favoriser des échanges plus riches sur les défis du travail en concertation, notamment, mais aussi pour permettre la réflexion, au sein d'un même groupe, à partir de positions variées sur un même objet qu'est la VCPP. Les groupes ont été animés par une ou deux membres de l'équipe de recherche à l'aide d'un guide ayant pour thèmes : les pratiques de repérage de la VCPP, les défis dans l'intervention, les leviers et les obstacles dans la collaboration interprofessionnelle et la concertation ainsi que les recommandations quant à l'amélioration des pratiques. Ces thèmes ont été privilégiés par l'équipe de recherche afin de cibler l'objectif visé, c'est-à-dire documenter les défis associés aux pratiques de repérage et d'intervention en VCPP, plus précisément cerner les difficultés liées à l'organisation des services et à la collaboration dans le repérage et le soutien en matière de VCPP. Les échanges ont été enregistrés sur un support audionumérique. En complémentarité, un court questionnaire sociodémographique et professionnel a été rempli par chacun.e.

Le contenu de chaque groupe a été retranscrit, anonymisé, puis codifié à l'aide du logiciel Nvivo12. Ensuite, la mise en relation des codes par les deux premières autrices a généré l'identification de thèmes afin de rassembler les points de vue divergents et convergents exprimés (Miles et Huberman, 2003). Nous avons choisi d'utiliser le groupe de discussion comme unité d'analyse, tout en identifiant quel individu a pris la parole. Nous avons toutefois choisi de ne pas attribuer des caractéristiques (p. ex. formation, type de milieu, etc.) aux participant.es. Cette décision repose principalement sur les principes de confidentialité que nous avons assurés aux participant.es. Conséquemment, notre choix de codification permet de repérer le nombre de groupes de discussion où un thème a été rapporté, de même que le nombre de fois où des paroles liées à ce code ont été prononcées. La thématisation préliminaire a été discutée avec l'équipe de recherche pour raffiner les interprétations. Par la suite, les deux premières autrices ont poursuivi les analyses et les ont présentées de nouveau à l'ensemble du groupe. Les extraits ont été revus pour assurer leur diversité et pertinence.

4. Résultats

4.1 Portrait des participant.es

Parmi les 29 participant.es, la grande majorité sont des femmes (n = 26). On en compte 62 % travaillant en milieu institutionnel, à savoir dans les secteurs et services liés à la périnatalité et à la famille dans les CIUSSS/CISSS (n = 10), à la direction de la protection de la jeunesse (DPJ) (n = 6) et en milieu hospitalier (n = 2). Les autres (38 %) exercent en milieu communautaire, comme des ressources d'hébergement pour les victimes de VC (n = 5), dans des centres de ressources périnatales (n = 3) ou des groupes de soutien pour hommes ayant des comportements violents (n = 3). Un peu plus de la moitié détient des formations en travail social (51,5 %). Les autres sont formé-es en sciences infirmières (27,5 %), en psychoéducation ou en éducation spécialisée (10,5 %), en criminologie (3,5 %) et en psychologie (3,5 %). En moyenne, les répondant-es rapportent 9,5 ans d'expérience dans le poste occupé au moment de la recherche et 68 % n'ont pas reçu de formation en VC dans les trois dernières années.

Nous présentons dans cette section les principaux résultats organisés en trois thèmes centraux : 1) la présence de pratiques de repérage très variables; 2) la mécompréhension et la banalisation de la VCPP; et 3) les barrières structurelles comme freins importants dans le repérage et l'intervention en VCPP.

4.2 Des pratiques de repérage variables et influencées par l'expérience des professionnel.les et le contexte de vie des familles

125

Fonctionnement au cas par cas

Aucun.e participant.e n'utilise un protocole standardisé pour assurer le repérage systématique ou universel de la VCPP : « [...] on ne cherche pas nécessairement dans tous les couples de voir s'il y a de la violence » (G6, P2). Dans la majorité des cas, leur milieu de travail n'a pas statué sur une orientation à privilégier : « [...] y'a pas d'outils, y'a pas de grille spécifique là, à savoir : est-ce que cette personne-là pourrait être victime » (G2, P1). Dans ce contexte, le savoir-être professionnel et la qualité de la relation avec les personnes apparaissent comme d'importants leviers. Des répondant.es utilisent au besoin des outils découverts dans le cadre de formations ou d'emplois antérieurs. Par exemple, une participante utilise occasionnellement les outils tirés d'un ancien protocole, non pas auprès de toutes les familles, mais lorsque le risque de VC est repéré : « [...] c'est un outil d'un protocole qui a existé il y a 20-25 ans, qui était d'emblée utilisé dans tous les CLSC. Moi, je l'utilise encore. Y'a un formulaire, dans le fond, qui est celui où effectivement, on regarde avec la personne » (G5, P4).

Ajustements dans les situations qui inquiètent

Les participant.es s'accordent sur l'importance de sonder la relation et d'observer les interactions au sein de la famille : « [...] comme le fait que par exemple la conjointe soit effacée, regarde le conjoint avant de parler » (G5, P3). Le repérage ciblé ou sélectif semble plus courant quand un ensemble de signes porte à croire que la sécurité des personnes est éminemment compromise : « Faut pas mal que le feu soit pogné pour qu'on y aille » (G3, P4). Dans les cas où des signes indiquent la présence probable de violence, les professionnel.les entreprennent alors un processus

de repérage de la VCPP. Par exemple, un.e médecin inscrit dans un dossier « suspicion de VC » et ensuite la ou le travailleur.euse social.e poursuit l'évaluation, propose une référence ou procède à un signalement. En outre, les professionnel.les œuvrant au sein des services qui ciblent des clientèles vulnérables (p. ex. services intégrés en périnatalité et petite enfance — SIPPE) apparaissent plus enclin.es à repérer la VCPP que ceux et celles exerçant dans d'autres contextes. Précisons que les services SIPPE s'étendent sur une longue période (du suivi de grossesse jusqu'au moment où l'enfant atteint cinq ans) et permettent la création de liens de confiance, ce qui peut rassurer peut-être les intervenant.es sur l'intégration de questions de repérage.

Pratiques de repérage en contexte de vulnérabilité

Selon plusieurs, les femmes immigrantes font face à différents défis qui rendent parfois l'intervention difficile. En effet, certaines ne sont pas toujours au fait de leurs droits ou des ressources institutionnelles à contacter : « [elles] craignent tout ce qui est gouvernemental » (G2, P3). D'autres dépendent de leur conjoint, alors que le couple n'est plus soutenu par la présence des proches, ce dernier est « comme un peu... la roue de secours » (G2, P2). D'autres encore redoutent un effet négatif d'un dévoilement sur leur processus migratoire. À cela s'ajoutent les barrières linguistiques et parfois des chocs culturels qui ne facilitent pas les interactions. Plusieurs répondant.es estiment que l'immigration comme d'autres contextes de vulnérabilité devraient davantage être pris en compte. Par exemple, il serait également pertinent de considérer l'impact des conditions de vie difficiles et des conditions d'habitation parfois insalubres sur l'apparition de la violence, en proposant des interventions plus systémiques et moins centrées uniquement sur la problématique de VCPP. Bien que d'autres contextes de vulnérabilité existent, l'immigration, la précarité et la promiscuité sont les trois éléments qui ont été explicitement nommés pendant les entretiens.

126

Si le repérage ciblé, c'est-à-dire reposant sur l'identification préalable de signes de violence ou encore effectuée auprès de personnes vivant en contexte de vulnérabilité, est une pratique présente dans différents milieux, d'autres y voient des limites. En se concentrant sur des familles vulnérables, les pratiques seraient morcelées et les occasions de repérage réduites. Aussi, quand les familles sont socialement privilégiées, les investigations semblent rarement approfondies. Comme le rapportent des participant.es, on observe parfois « deux poids, deux mesures selon la condition sociale » (G1, P1). Il n'existerait pas de consensus sur les contextes pouvant amener des intervenant.es à évaluer plus en profondeur une situation.

4.3 Une mécompréhension et banalisation de la VCPP

(Re)connaissance limitée de la violence

Selon les répondant.es, la VCPP, et plus globalement la VC, restent encore mal comprises. Plusieurs remarquent que les signes associés sont avant tout physiques : « C'est sûr que la provenance des signalements[va] être beaucoup basée sur la violence physique... [...] » (G2, P2). Or, ces prémices ne permettent pas de rendre compte de toutes les formes de VCPP ou de leurs conséquences et compromettent le repérage auprès d'un plus grand nombre. Néanmoins, les deux tiers des professionnel.les (n=22) estiment être à l'aise d'aborder clairement la question. Plusieurs ont rapporté qu'une partie de leur travail consiste aussi à conscientiser les femmes victimes qui parfois banalisent ce qu'elles vivent : « Elles ont un seuil de tolérance, mais tellement élevé. [...] pour elles, c'est : « Il ne m'a pas frappée, donc c'est pas de la violence » (G5, P4).

Ainsi, leur travail consiste à informer sur la diversité des formes de violence afin d'amener la personne à identifier ce qu'elle vit et à éclairer les professionnel.les sur les signes à repérer et les dimensions à évaluer. Plusieurs identifient la sensibilisation des pères aux conséquences de la VCPP sur leurs enfants (plutôt que sur leur conjointe seulement) comme un bon levier d'intervention.

Connaissances lacunaires relatives aux conséquences de la VCPP sur les très jeunes enfants

Les répondant.es reconnaissent qu'un enfant dont la mère est victime de VCPP subit plusieurs conséquences. Toutefois, selon leur expérience, il est fréquent que ce soit banalisé ou ignoré, parfois par les familles, parfois par des professionnel.les : « On sous-estime toute la fragilité qu'on vient causer chez un enfant qui a moins de deux ans, pis qui est exposé de façon récurrente à ça » (G4, P2). De même, il est parfois difficile de prouver les conséquences directes de la VCPP devant les tribunaux. Parfois, plusieurs signalements sont requis pour que la situation soit reconnue comme problématique pour les enfants. Si les professionnel.les ne parviennent pas à présenter des preuves tangibles sur le plan légal, le processus de prise en charge en protection de la jeunesse n'est pas garanti. Ces situations sont difficiles à vivre pour les professionnel.les qui repèrent la présence de VCPP, mais ne parviennent pas à la faire reconnaître par le tribunal : « [...] d'arriver à démontrer l'impact nocif sur le bébé, souvent on a un peu les mains liées, pis ça va prendre malheureusement deux, trois, quatre signalements pour dénoter la récurrence » (G4, P4).

Selon certain.es, ces difficultés orientent aussi la décision des mères de rester avec le partenaire violent, car elles appréhendent la lourdeur et l'issue du processus : « Souvent, elles tolèrent la violence pour protéger leurs enfants » (G5, P4).

Écarts d'analyse liée à la VCPP

127

Des tensions ont été relevées entre différentes organisations quant à la compréhension de la VCPP et les interventions à favoriser auprès des mères, des enfants et des pères. Pour de nombreux participant.es (16 occurrences, dans 5 groupes), ces difficultés s'expliquent par des disparités d'analyse. Là où des intervenant.es considèrent que le maintien des liens entre un père auteur de VCPP et ses enfants est à éviter, d'autres estiment que cela ne compromet pas *de facto* les compétences parentales de ce dernier. Quand l'un.e dit : « [...] un bon père n'insultera pas la mère devant l'enfant; un bon père ne cassera pas une assiette sur le mur devant l'enfant, un bon père ne criera pas à chaque jour devant l'enfant » (G6, P3), un.e autre mentionne : « souvent quand on parle que le père va encore avoir des contacts avec son enfant, il y a des réactions vives des intervenantes qui jugent qu'un homme violent ne devrait pas avoir accès à ses enfants » (G2, P3).

Lorsque les familles sont rencontrées par des professionnel.les aux visions différentes, les mères comme les pères peuvent se retrouver dans un état de confusion. Selon certain.es participant.es, des mères hésiteront à nommer ce qu'elles vivent comme étant de la violence si les intervenant.es évoquent davantage des conflits de séparation. De même, les participant.es croient que lorsque des intervenant.es concluent que la séparation du couple met un terme à la VCPP, cela peut nuire à l'évaluation de ce que vit la mère et ses enfants, puisque la violence peut se perpétuer après la rupture. Des participant.es voient là un risque de revictimisation pour les mères, un bris possible de confiance et, ultimement, un risque de remise en question injustifiée de leurs compétences parentales : « [...] dans le système, elle perd confiance en elle, elle perd confiance en son rôle de mère [...] » (G6, P3).

4.4 Les obstacles structurels sont un frein important au repérage et à l'intervention en VCPP

Pénurie de ressources, manque de temps et charge de travail importante

Selon les participant.es, le manque de ressources financières et humaines contribue à de plus longs délais pour l'accès à des lieux d'hébergement pour les femmes et leurs enfants et a aussi un impact sur la distribution des ressources au sein des équipes et les capacités d'agir des professionnel.les. Le temps accordé pour les rendez-vous dans les centres de soin de santé liés à la grossesse ou à la néonatalité serait souvent trop court et n'encouragerait ni le repérage, ni la possibilité d'intervenir : « [...] on a notre shift de travail de huit heures et souvent, quand on retourne le lendemain, elles ne sont plus là. Et pendant ces huit heures-là, parfois, on ne peut pas les voir assez fréquemment étant donné qu'on est très occupées » (G5, P4).

Les suivis ne sont pas toujours effectués par la même personne du fait des changements d'horaires ou du morcellement des services selon les mandats octroyés à chaque professionnel.le. Le roulement du personnel à la suite de réaffectation ou de démissions, par exemple, a pour effet d'exposer les femmes à plusieurs intervenant.es, ce qui peut devenir intimidant. Lorsqu'il y a eu dévoilement, cela les oblige éventuellement à expliquer encore et encore leur situation. De plus, la lourdeur administrative et l'intense pression entourant la quantité de services à fournir sont difficiles pour les intervenant.es du réseau de la santé et des services sociaux. Comme le dit une participante, dans ces contextes, « On fait ce qu'on peut là, mais ça roule » (G3, P4). Dans les services périnataux communautaires, le manque de temps limite aussi pour plusieurs la possibilité de se pencher sur la question de la VCPP et la capacité de créer un lien de confiance suffisamment fort pour faciliter le dévoilement ou la mise en place d'interventions. Le nombre restreint de visites et la conscience des listes d'attente sont ressentis comme des obstacles et des sources de pression.

128

Besoin de lieux de formation, de supervision et de concertation

Plusieurs remarquent que le manque de formation en VC, plus spécifiquement en VCPP, a un gros impact sur la qualité des interventions dans des situations complexes. De plus, les participant.es rapportent que les gestionnaires d'équipe ne semblent pas toujours enclin.es à libérer les professionnel.les pour de la formation ou de la supervision. Selon les participant.es, les formations, lorsqu'elles sont disponibles, ne semblent pas proposer assez d'outils pratiques pour le repérage. Aussi, les intervenant.es avec une expertise en la matière doivent former leurs collègues et voient ainsi leur charge de travail augmenter : « [...] quand je suis débordée, quand je n'ai pas le temps de former, quand je suis en surcharge de travail, quand tout roule, quand j'ai 40 intervenants autour de moi qui n'ont aucune connaissance... » (G1, P3). Certain.es notent qu'il leur est difficile de participer à des lieux de concertation ou d'échange. Or, plusieurs s'accordent pour dire qu'il est important de « maximiser la concertation entre les milieux » (G1, P2) et la collaboration pour le référencement. Cela leur permettrait d'être moins isolé.es et plus aux faits des historiques et des trajectoires des familles, ce qui renforcerait leur sentiment d'être soutenu.es.

5. Discussion

Réalisé afin de mieux comprendre les défis associés aux pratiques en VCPP à partir du point de vue d'un éventail de professionnel.les au Québec, cet article présente le portrait contemporain d'une réalité déjà documentée par le passé (Bernier et al., 2005). D'abord, les résultats illustrent que les pratiques de repérage sont très variables. Les milieux concernés ne semblent pas avoir sélectionné des outils pour le repérage, ce qui mène les professionnel.les à procéder à leur discrétion.

L'absence actuelle de protocoles ou de procédures organisationnelles les amène à agir dans un climat d'incertitude, encore trop peu adapté à la diversité des caractéristiques socioculturelles des familles (classe sociale, parcours migratoire, langue, problématiques connexes). Ces résultats rejoignent les conclusions des rares études québécoises menées sur ce sujet qui ciblait la VC à toutes les périodes de la vie confondues (Bernier et al., 2005; Sasseville et al., 2017), mais aussi de recherches menées à l'international (Henriksen et al., 2017).

La mécompréhension des situations de VCCP limite les possibilités de repérage et d'intervention. Ces résultats démontrent, selon nous, la pertinence de poursuivre et d'intensifier la formation des intervenant.es du RSSS et des milieux communautaires sur la VC et plus spécifiquement sur la VCCP. Il s'agit aussi de s'assurer que leurs organisations soutiennent de telles orientations par le déploiement de protocoles ou de lignes directrices organisationnelles. Les résultats illustrent que le manque de formation n'est qu'un des défis vécus, plusieurs se rapportant davantage au manque d'outils pratiques, de directives claires ou de soutien clinique, entre autres. Le déploiement de ces procédures au sein des organisations relevant notamment du RSSS s'inscrirait en concordance avec les orientations nationales émises par le gouvernement québécois dans son plus récent plan d'action en VC (Gouvernement du Québec, 2018). Or, ces outils devront être conçus en tenant compte de la diversité des contextes dans lesquels les familles évoluent, mais devront aussi bénéficier d'une visibilité accrue. Il y a quelques années, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a produit un dépliant destiné aux femmes enceintes avec pour titre « Pour une grossesse paisible. Briser le silence ». Cet outil de sensibilisation présente les différentes formes de VCCP et leurs conséquences possibles sur les femmes et sur les bébés, le cycle de la VC ainsi que plusieurs ressources de soutien. Cela dit, aucun.e des professionnel.les rencontré.es n'a mentionné l'utiliser, ni même le connaître. Autrement dit, ce n'est pas l'absence d'outil qui fait problème ici, mais les lacunes sur le plan de leur circulation. On voit ici poindre une piste d'action et de recherche intéressante afin de favoriser la mobilisation d'outils existants, voire leur adaptation, de manière à ce que les intervenant.es puissent s'en servir en situation réelle.

129

Ensuite, les résultats mettent en avant les obstacles structurels qui limitent considérablement la portée des interventions et font écho aux analyses d'autres études, comme le manque de formation, de temps, de supervision et d'outils afin de soutenir les activités et occasions de repérage lors de la période périnatale (McCauley et al., 2017). Nos résultats rejoignent aussi ceux d'autres études qui rapportent que les professionnel.les ont besoin d'un soutien organisationnel pour dégager du temps et des personnes pivots spécialisées, valoriser la complémentarité et le décloisonnement des services et des ressources et profiter d'un transfert de connaissances (Lessard et al., 2018; Notko et al., 2021).

Un troisième ensemble de résultats est celui pointant vers l'absence d'une vision commune de la problématique, de ses signes et des manières d'intervenir auprès des familles. Ces résultats expliquent, en partie seulement, les difficultés associées aux pratiques de collaboration et de concertation dont la pertinence fait l'unanimité, mais qui demeurent encore difficiles à implanter ou à maintenir. Les propos des répondant.es révèlent des tensions quant aux analyses relatives à la dynamique de VCCP, mais aussi quant à la mise en place d'interventions auprès des différents membres de la famille, faisant écho à des résultats obtenus au Québec comme à l'international en ce qui concerne la VC (Lessard et al., 2018). Attendues, ces tensions s'expliquent par la présence de mandats différents (p. ex. assurer la protection des enfants et veiller à leur intérêt; soutenir les femmes victimes et leurs enfants; venir en aide aux hommes aux prises avec des comportements violents, offrir à la population des services de santé, etc.) qui reposent sur des logiques d'organisation et de fonctionnement distinctes, mais aussi sur des bases idéologiques qui ne sont pas les mêmes. Ces tensions s'observent aussi dans les sphères touchant la grossesse et la parentalité, composante

centrale de la VCPP. Pensons par exemple à la volonté de favoriser l'implication du père dans le suivi périnatal et la vie du nouveau-né, un aspect présent depuis quelques années dans les services en périnatalité et en petite enfance. Cette valorisation du rôle paternel pourrait être en opposition avec les mesures de sécurité qui doivent être introduites pour pouvoir sensibiliser et repérer la VCPP. Il est en effet recommandé de ne pas transmettre l'information sur la VCPP lors de rencontres prénatales de groupe, où pourraient se trouver des pères, ni d'effectuer son repérage lors des rendez-vous du suivi de grossesse lorsque le partenaire est présent (Laforest et al., 2018). Ces deux postures, favoriser la présence du père, d'une part, et assurer la sécurité de la mère, d'autre part, peuvent donc entrer en conflit et créer des tensions dans l'exercice du travail des répondant.es.

Parmi les obstacles identifiés dans les écrits québécois, on peut retenir le manque d'expertise clinique relatif à des problématiques connexes, la mécompréhension des mandats et des postures des personnes et des institutions susceptibles de collaborer et des disparités dans les ressources financières et humaines (Lessard et al., 2018). Or, les écrits montrent que pour améliorer les services aux victimes, les intervenant.es gagnent à travailler en concertation et à coordonner des actions cohérentes pour le soutien. Considérant le retard pris par le secteur de la santé par rapport à d'autres organismes en ce qui concerne la réponse à la violence conjugale et familiale, Hegarthy et al. (2020) suggèrent d'offrir de la formation aux professionnel.es de ce secteur afin de leur permettre d'être mieux préparés à intervenir auprès des familles ainsi qu'à collaborer avec les autres acteurs concernés. Cette préparation implique d'accroître les connaissances sur la problématique et d'améliorer les compétences professionnelles ainsi que celles reliées à la collaboration, mais aussi de renforcer la motivation à s'engager sur le plan personnel. Toutefois, le soutien du système de santé est aussi nécessaire pour faciliter l'engagement des professionnel.es à l'égard du travail complexe entourant la VC en général et la VCPP en particulier (Hegarthy et al., 2020).

130

Enfin, à la lumière des résultats, force est de constater que les pratiques de repérage demeurent le plus souvent à la discrétion des intervenant.es, lequel.es dans la majorité des situations restent encore peu soutenu.es par l'organisation des services, qui n'y est pas propice, et les multiples freins aux collaborations interdisciplinaires ou intersectorielles qui pourraient contribuer à offrir une réponse en la matière. Pourtant, que ce soit dans le RSSS ou dans les milieux communautaires, les intervenant.es, dont un certain nombre sont formé.es en travail social, sont aux premières loges pour entrer en contact avec différentes clientèles. Ces professionnel.es sont ainsi susceptibles de repérer des situations de VCPP ou d'être amené.es à jouer un rôle pivot entre les intervenant.es, les familles et les ressources. En effet, les besoins des personnes vivant en contexte de VCPP peuvent être diversifiés lors de la période périnatale : hébergement, recherche de logement, service de garde, accompagnement judiciaire, signalement à la Direction de la protection de la jeunesse, etc. Dans ce contexte, les travailleurs.euses sociaux peuvent jouer un rôle important de par leur analyse et leur pratique systématique ainsi que leur formation interdisciplinaire. En plus de prévenir, repérer et intervenir en matière de VCPP, ces professionnel.le.s peuvent aussi référer les femmes ou les familles et contribuer à tisser autour d'elles un tissu collaboratif de soutien et de services médicaux, sociaux ou juridiques adéquats (Gauthier et Montminy, 2012).

Si, à la lumière des projets pilotes mis de l'avant au tournant des années 2000 (Rinfret-Raynor et al., 1995; 2001; 2007), une expertise importante semblait en plein développement, il apparaît que 20 ans plus tard, à la lumière des résultats de notre étude, les équipes ont besoin à nouveau de formation et d'occasions de travailler dans des perspectives interdisciplinaires et en lien étroit avec différents milieux, dont les ressources communautaires. Malgré les différentes politiques en matière de VC, de protection de l'enfance et de renforcement des capacités des réseaux de la santé et des services sociaux notamment, les mesures mises en place dans les dernières années ne semblent pas répondre aux besoins de renforcement des compétences en matière de repérage et de soutien relatifs à la

VCP, mais aussi plus largement à la VC. Pensons aux réformes qui ont retiré les intervenant.es pivots en VC des CLSC, au délestage de l'expertise en VC dans le réseau pour favoriser la prise en charge des femmes victimes et des enfants par le réseau communautaire, notamment les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, ou encore aux difficultés maintenant pérennes qu'éprouve le réseau de la santé à combler les différents postes en soins de santé et services sociaux, et par conséquent à répondre aux demandes de services.

Alors que nous savons maintenant qu'environ une Québécoise sur dix est directement concernée, il serait intéressant de mettre en place plusieurs des recommandations émises par l'INSPQ en 2010 sur les *Stratégies et conditions de réussite en matière d'identification précoce de la violence conjugale dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec* et en 2018 sur l'*Intégration des activités de prévention de la violence conjugale dans les services périnataux au Québec*.

Limites

Les résultats doivent être interprétés au regard de certaines limites, dont la petite taille de l'échantillon. De même, le fait que les répondant.es se soient porté.es volontaires pour participer à ce projet témoigne d'un intérêt envers cette problématique, ne représentant peut-être pas l'ensemble des actrices et acteurs intervenant auprès des personnes enceintes et des familles. De plus, le choix de privilégier la confidentialité des participant.es en n'identifiant pas les milieux desquels ils.elles proviennent peut limiter la compréhension de certains résultats. Enfin, une grande partie des répondant.es étaient formé.es en sciences sociales, principalement en travail social, et aucune.e médecin ou sage-femme n'a participé à la recherche. Considérant leur rôle important dans les soins de santé périnataux, leur absence peut constituer une limite.

CONCLUSION

Les présents résultats offrent plusieurs clés pour favoriser un repérage et une intervention plus adaptée en matière de VCP. Les travailleur.euses sociaux.ales peuvent jouer un rôle important dans le repérage de la VCP et la mise en place collaborative de services autour des familles. Il apparaît très important que la problématique de la VCP soit intégrée dans le cursus de formation scolaire et ensuite dans le développement continu professionnel afin de développer puis de maintenir leurs compétences en la matière et de renforcer leurs capacités de repérage et d'intervention. Aussi, si privilégier une utilisation plus régulière d'outils de repérage universel de la VCP reconnus comme étant efficaces se révèle une orientation prometteuse pour permettre l'identification des femmes vivant de la violence pendant la période périnatale (WHO, 2013), une diversité de stratégies peut aussi être promue de manière complémentaire en favorisant le recours à des outils et à des pratiques qui ciblent des populations estimées plus à risque (O'Doherty et al., 2015). Il est également recommandé que de plus amples recherches soient menées dans des contextes autres (par ex. en région, en contexte migratoire). Au Québec, alors qu'environ une mère sur dix rapporte avoir vécu de la VCP (Lévesque et al., 2019), il nous apparaît urgent de développer des pratiques et des recherches directement orientées sur cette problématique et d'assurer une meilleure circulation des connaissances entre les milieux.

ABSTRACT:

Perinatal domestic violence (PDV) is a significant health and social concern. In order to document PDV screening and intervention practices in Quebec, 29 healthcare and community workers from different backgrounds participated in focus groups from December 2019 to March 2020. Three central

themes were identified: 1) the presence of highly variable screening practices; 2) the misunderstanding and trivialization of PDV and the gaps in analysis and practices between professionals; and finally, 3) structural obstacles as an important barrier in PDV screening and intervention. These results can guide the improvement of PDV services.

KEYWORDS:

Domestic violence, perinatal period, professional practices, interventions

RÉFÉRENCES

- Acocella, I. (2012). The focus groups in social research: advantages and disadvantages. *Quality & Quantity*, 46, 1125-1136. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9600-4>
- Alvarez, C., Fedock, G., Grace, K. T. et Campbell, J. (2017). Provider Screening and Counseling for Intimate Partner Violence: A Systematic Review of Practices and Influencing Factors. *Trauma, Violence & Abuse*, 18(5), 479-495. <https://doi.org/10.1177/1524838016637080>
- Baird, K. M., Saito, A. S., Eustace, J. et Creedy, D. K. (2018). Effectiveness of training to promote routine enquiry for domestic violence by midwives and nurses: A pre-post evaluation study. *Women Birth*, 31(4), 285-291. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.014>
- Bernier, D., Bérubé, J., Hautecoeur, M. et Pagé, G. (2005). *Intervenir en violence conjugale : la démarche d'une équipe interdisciplinaire en périnatalité* (coll. « Études et Analyses »). Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- Buchanan, F., Power, C. et Verity, F. (2014). The Effects of Domestic Violence on the Formation of Relationships Between Women and Their Babies: "I Was Too Busy Protecting My Baby to Attach". *Journal of Family Violence*, 29, 713-724. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9630-5>
- Chisholm, C. A., Bullock, L. et Ferguson, J. E. J. (2017). Intimate partner violence and pregnancy: screening and intervention [Review]. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(2), 145-149. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.043>
- Creswell, J. W. (2003). *Research design. Qualitative, quantitative and mixed approaches (second edition)*. Sage Publications.
- Deshpande, N. A. et Lewis-O'Connor, A. (2013). Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 6(3/4), 141-148. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac009>
- Donovan, B. M., Spracklen, C. N., Schweizer, M. L., Ryckman, K. K. et Saftlas, A. F. (2016). Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BJOG*, 123(8), 1289-1299. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0670-4>
- Eustace, J., Baird, K., Saito, A. S. et Creedy, D. K. (2016). Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. *Women Birth*, 29(6), 503-510. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.010>
- Flores, J., Lampron, C. et Maurice, P. (2010). *Stratégies et conditions de réussite en matière d'identification précoce de la violence conjugale dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec*. Institut national de santé publique du Québec.
- Flynn, C., Maheu, J., Godin, J. et Fortin-Otis, É. (2022). Les définitions théorique, politique et empirique de la violence conjugale. Lorsque la neutralité contribue à réaffirmer la domination masculine. Dans C. Boulebsol, M.-M. Cousineau, C. Deraiche, M. Fernet, C. Flynn, S. Genest, E. Jimenez et J. Maheu (dir.), *Pratiques et recherches féministes en matière de violence conjugale. Coconstruction des connaissances et expertises* (p. 35-49). Presses de l'Université du Québec.
- Gauthier, S. et Montminy, L. (2012). *Expériences d'intervention psychosociale en contexte de violence conjugale*. Presses de l'Université du Québec.
- Gouvernement du Québec (1985). *Politique d'aide aux femmes violentées*. Gouvernement du Québec.
- Gouvernement du Québec (2018). *Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2018-2023*. Gouvernement du Québec.

- Han, A. et Stewart, D. E. (2014). Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with Pregnancy in the Latin American and the Caribbean region. *Journal of Gynaecology*, 124(1), 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.06.037>
- Hegarty, K., McKibbin, G., Hameed, M., Koziol-McLain, J., Feder, G., Tarzia, L. et al. (2020). Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis. *PLoS ONE*, 15(6), e0234067. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234067>
- Heise, L. L. (1998). Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262-290. <https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>
- Henriksen, L., Garnweidner-Holme, L. M., Thorsteinsen, K. K. et M. Lukasse, (2017). "It is a difficult topic" - a qualitative study of midwives experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 165. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1352-2>
- 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(5), 837-853. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr095>
- Jack, S. M., Boyle, M., McKee, C., Ford-Gilboe, M., Wathen, C. N., Scribano, P., Davidov, D., McNaughton, D., O'Brien, R., Johnston, C., Gasbarro, M., Tanaka, M., Kimber, M., Coben, J., Olds, D. L. et MacMillan, H. L. (2019). Effect of Addition of an Intimate Partner Violence Intervention to a Nurse Home Visitation Program on Maternal Quality of Life: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 321(16), 1576-1585. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.3211>
- Kataoka, Y. et Imazeki, M. (2018). Experiences of being screened for intimate partner violence during pregnancy: a qualitative study of women in Japan [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMC Womens Health*, 18(75). <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0566-4>
- Laforest, J., Gamache, L. et Poissant, J. (2018). *L'intégration des activités de prévention de la violence conjugale dans les services périnataux au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.
- Laforest, J., Maurice, P. et Bouchard, L.-M. (dir.) (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Institut national de santé publique du Québec.
- Lamb, K., Humphreys, C. et Hegarty, K. (2018). "Your behaviour has consequences" : Children and young people's perspectives on reparation with their fathers after domestic violence. *Children and Youth Services Review*, 88, 164-169. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.childyouth.2018.03.013>
- Lapierre, J., Lessard, G., Hamelin-Brabant, L., Lévesque, S., Vissandjée, B. et Moubarak, N. (2020). Violence conjugale et pratique infirmière. Reconnaître les expériences des femmes, soutenir les décisions, conseiller, aiguiller et faciliter l'accès vers les ressources. *Perspective infirmière*, 17(3), 24-40.
- Lavergne, C., Turcotte, G. et Morissette, P. (2015). Retombées de l'initiative Main dans la main auprès des futures et nouvelles mères consommatrices de substances psychoactives en période périnatale. *Revue canadienne de santé publique*, 106(7), supplément 2, eS38-eS44. <http://www.jstor.org/stable/90006061>
- Lemieux Breton, M.-È., Paradis, F., Pilote, R. et Maurice, P. (2007). *Consolidation des pratiques préventives en violence conjugale dans les CLSC du Québec. Étude exploratoire*. Institut national de santé publique du Québec.
- Lessard, G., Alvarez-Lizotte, P., Germain, A.-S., Drouin, M.-È. et Turcotte, P. (2018). Défis et conditions de réussite d'une pratique concertée en violence conjugale et maltraitance envers les enfants. *Nouvelles pratiques sociales*, 29(1-2), 224-237. <https://doi.org/10.7202/1043403ar>
- Lessard, G., Lavergne, C., Lévesque, S., Clément, M.-È., Cousineau, M.-M., Hélie, S. et collaboratrices (2018). *Maternité et paternité en contexte de violence conjugale : problématiques associées et enjeux de concertation*. Rapport de recherche. Programme actions concertées.
- Lévesque, S., Laforest, J. et Toupin, A. (2022). La violence entre partenaires intimes en période périnatale et les très jeunes enfants. Dans J. Poissant, G. Tarabulsy et T. Saias (dir.), *Prévention en période périnatale, principaux facteurs de risque et interventions reconnues*. Presses de l'Université du Québec.
- McCauley, M., Head, J., Lambert, J., Zafar, S. et van den Broek, N. (2017). "Keeping family matters behind closed doors": healthcare providers' perceptions and experiences of identifying and managing domestic violence during and after pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 318. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1520-4>
- Mejdoubi, J., van den Heijkant, S.— C., van Leerdam, F. J., Heymans, M. W., Hirasing, R. A. et Crijnen, A. A. (2013). Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 8(10), e78185. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1371/journal.pone.0078185>

- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Notko, M., Husso, M., Piippo, S., Fagerlund, M. et Houtsonen, J. (2021). Intervening in domestic violence: interprofessional collaboration among social and health care professionals and the police. *Journal of interprofessional care*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1876645>
- O'Campo, P., Kirst, M., Tsamis, C., Chambers, C. et Ahmad, F. (2011). Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a realist-informed systematic review. *Social science & medicine*, 72(6), 855-866. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.019>
- O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G. et Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007007.pub3>
- O'Reilly, R., Beale, B. et Gillies, D. (2010). Screening and Intervention for Domestic Violence During Pregnancy Care: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*, 11(4), 190-201. <https://doi.org/10.1177/1524838010378298>
- Pastor-Moreno, G., Ruiz-Perez, I., Henares-Montiel, J., Escriba-Aguir, V., Higuera-Callejon, C. et Ricci-Cabello, I. (2020). Intimate partner violence and perinatal health: a systematic review. *BJOG*, 127(5), 537-547. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16084>
- Paulson, J. L. (2022). Intimate Partner Violence and Perinatal Post-Traumatic Stress and Depression Symptoms: A Systematic Review of Findings in Longitudinal Studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(3), 733-747. <https://doi.org/10.1177/1524838020976098>
- Prosman, G.— J., Lo Fo Wong, S. H., van der Wouden, J. C. et Lagro-Janssen, A. L. M. (2015). Effectiveness of home visiting in reducing partner violence for families experiencing abuse: a systematic review. *Family Practice*, 32(3), 247-256. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu091>
- Rinfret-Raynor, M. et Turgeon, J. (1995). Dépistage systématique de la violence conjugale. Réflexion théorique et développement d'un protocole. *Service social*, 44(2), 57-90. <https://doi.org/10.7202/706693ar>
- Rinfret-Raynor, M., Turgeon, J. et Dubé, M. (2001). Évaluation des effets d'un protocole de dépistage systématique de la violence conjugale au CLSC St-Hubert. *Intervention*, 113, 38-47.
- Rinfret-Raynor, M., Dubé, M. et Drouin, C. (2007). Le dépistage de la violence conjugale dans les centres hospitaliers. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(1), 72-90. <https://doi.org/10.7202/014786ar>
- Sasseville, N., Laforest, J. et Pilote, R. (2017). *Prévention en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle : besoins des répondants du réseau de la santé et des services sociaux*. Institut de la santé publique du Québec.
- Sprague, S., Madden, K., Simunovic, N., Godin, K., Pham, N. K., Bhandari, M. et Goslings, J. C. (2012). Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health*, 52(6), 587-605. <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.690840>
- Taillieu, T. L. et Brownridge, D. A. (2010). Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior*, 15(1), 14-35. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.07.013>
- U. S. Preventive Services Task Force, Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., Doubeni, C. A., Epling, J. W., Grossman, D. C., Kemper, A. R., Kubik, M., Kurth, A., Landefeld, C. S., Mangione, C. M., Silverstein, M., Simon, M. A., Tseng, C.-W. et Wong, J. B. (2018). Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement. *JAMA*, 320(16), 1678. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.14741>
- Van Parys, A.-S., Verhamme, A., Tammerman, M. et Verstraelen, H. (2014). Intimate Partner Violence and Pregnancy: A Systematic Review of Interventions. *PloS ONE*, 9(1), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0085084>
- WHO (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines*. World Health Organization.
- Wong, S. C., Do, P. H., Eisner, M., Hughes, C., Valdebenito, S. et Murray, A. L. (2022). An umbrella review of the literature on perinatal domestic violence: prevalence, risk factors, possible outcomes and interventions. *Trauma, Violence, & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380221080455>