

Pratiques concertées pour optimiser la sécurité des femmes et des enfants exposés à la violence conjugale

Rapport de recherche

Rédigé par Katja Smedslund, Geneviève Lessard,
Marie-Michelle Poulin, Monica Dunn, Denitsa Hristova

Juin 2021

Table des matières

	Liste des tableaux	3
	Liste des abréviations	4
	Introduction	5
	Chapitre I : Problématique : fondements empiriques et théoriques du projet	6
1.1	Définition des principaux concepts	6
1.2	Que sait-on sur les situations de cooccurrence ?	7
1.3	Pourquoi la concertation clinique est-elle à la fois essentielle et difficile à actualiser ?	9
1.4	Quel fondement théorique peut aider à comprendre comment on arrive à résoudre des controverses entre des acteurs qui ont des points de vue divergents ?	10
1.5	Pertinence du projet et ses objectifs spécifiques	11
	Chapitre II : Méthodologie	13
2.1	Explications sur la stratégie de concertation expérimentée	13
	2.1.1 Déroulement des rencontres	13
	2.1.2 Concertation ou consultation	14
2.2	Confidentialité	15
2.3	Stratégie d'échantillonnage	16
2.4	Le recrutement des participant.e.s au projet	16
2.5	Échantillon	16
2.6	Les méthodes de collecte de données	18
2.7	Méthodes d'analyse des données	20
2.8	Les mécanismes de suivi du volet pérennisation du projet	20
	Chapitre III : Résultats	21
3.1	Résultats quantitatifs	21
3.2	Résultats qualitatifs	24

3.2.1	La concertation clinique améliore la sécurité	24
3.2.1.1	Comprendre les enjeux de sécurité et la dangerosité dans leur complexité	24
3.2.1.2	La mise en place de mesures concrètes pour assurer la sécurité	26
3.2.1.3	Facteurs contribuant à l'amélioration de la sécurité des victimes	27
γ	Facteur 1 : La reconnaissance et la compréhension de la VC est essentielle pour identifier les enjeux de sécurité et poser les bonnes actions	27
γ	Facteur 2 : L'accès à des ressources spécialisées est nécessaire pour assurer la sécurité des victimes	27
γ	Facteur 3 : La concertation clinique favorise l'instauration d'un suivi à long terme permettant d'améliorer la sécurité à plus large échelle	28
γ	Facteur 4 : La concertation entraîne des changements concrets dans les pratiques au bénéfice des victimes	29
3.2.2	La concertation améliore la pratique	29
3.2.3	Le modèle de concertation est un modèle à adopter	31
3.2.4	Éléments facilitants et défis observés	32
3.2.4.1	Les éléments facilitants	32
3.2.4.2	Les mandats divergents des partenaires : ni facilitant, ni obstacle, mais justification de la pertinence	33
3.2.4.3	La concertation : un gain de temps sur le long terme	33
Chapitre IV : Discussion		33
4.1	Interprétation des résultats à la lumière des écrits scientifiques et théoriques	33
4.1.1	Les pratiques concertées permettent d'atténuer le « clash culturel »	34
4.1.2	Établir des pistes de collaboration clinique pour favoriser de nouvelles pistes d'intervention et tendre vers une offre de services mieux intégrée	35
4.2	Forces et limites de la stratégie de collecte et d'analyse de données	36
Chapitre V : Conclusion et Recommandations		38
Références		41
Annexes		45
Annexe A : Tableau des organismes ayant participé selon la région d'appartenance		45
Annexe B : Guide d'entrevue – Bonification des données sur la sécurité		52
Annexe C : Tableaux complémentaires sur les données quantitatives		54

Liste des tableaux

Υ	Tableau 1 Distinction entre rencontres de concertation clinique et rencontres de consultation clinique	14
Υ	Tableau 2 Participation des intervenant.e.es selon leur organisme de rattachement	17
Υ	Tableau 3 Rôle des intervenant.e.s ayant participé aux rencontres	17
Υ	Tableau 4 Répartition des entretiens par organismes/CIUSSS, par secteurs dans chacune des régions	19
Υ	Tableau 5 Résumé des résultats quantitatifs	21
Υ	Tableau 6 Degré d'appréciation des bénéfices perçus par l'ensemble des intervenant.e.s suite à chaque rencontre	22
Υ	Tableau 7 Degré d'appréciation des aspects suivants du déroulement de la rencontre pour l'ensemble des intervenant.e.s	23

Liste des abréviations

- Υ CJ : Centre jeunesse
- Υ CISSS : Centre intégré en santé et services sociaux
- Υ CIUSSS : Centre intégré universitaire en santé et services sociaux
- Υ DPJ : Direction de la protection de la jeunesse
- Υ HCV : Hommes ayant des comportements violents
- Υ PSM : Problèmes de santé mentale
- Υ PC : Problèmes de consommation
- Υ SPVM : Service de police de la Ville de Montréal
- Υ TCVCM : Table de concertation en violence conjugale de Montréal
- Υ MT : Maltraitance envers les enfants
- Υ VC : Violence conjugale
- Υ VCF : Violence conjugale faite aux femmes

Introduction

L'actualité nous rappelle malheureusement trop souvent à quel point la violence conjugale est complexe et repositionne la sécurité des victimes au cœur des enjeux. Pour ce faire, il s'avère urgent de mieux soutenir et outiller les intervenant.es de différents secteurs de pratique afin de faciliter une collaboration plus étroite. Ceci permettra ainsi créer ce filet de sécurité si important autour des victimes et prévenir la dangerosité avant qu'elle ne soit imminente et qu'elle ne mène à des décès de femmes et d'enfants.

D'autant plus que l'intervention en violence conjugale (VC) peut nécessiter de prendre en considération d'autres problématiques associées, qui se présentent souvent en concomitance, comme la maltraitance envers les enfants (MT), les problèmes de santé mentale (PSM) et les problèmes de consommation (PC) (Bromfield, Lamont, Parker et Horsfall, 2010). Ces situations de cooccurrence de la VC avec d'autres difficultés représenteraient, au Québec, un cas sur deux, tant dans la population générale que celle suivie à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) (Lavergne, Lessard, Clément, Hélie, Lévesque, Dumont et Alvarez-Lizotte, 2018).

Les situations de VC où il y a une cooccurrence d'un ou de plusieurs autres problèmes (PSM, PC, MT) constituent des situations où les conséquences sont plus graves pour la sécurité (risques de blessures, risque d'homicide intrafamilial) et le développement des enfants (sévérité des difficultés d'adaptation) ainsi que pour l'exercice de la parentalité (Lavergne et al., 2018 ; Alvarez-Lizotte et al., 2018).

Le traitement des cas de cooccurrences interpelle nécessairement plusieurs réseaux et génère un besoin de concertation clinique, besoin auquel le présent projet a voulu répondre. Intitulé « Pratiques concertées pour optimiser la sécurité des femmes victimes de VC et de leurs enfants », et financé par le Ministère des Femmes et de l'Égalité des Genres, ce projet vise à réunir les intervenant.e.s au dossier et des expert.e.s externes pour trouver des pistes de solution dans des situations complexes dans lesquelles la violence conjugale se présente en cooccurrence avec des problèmes de santé mentale ou de dépendances chez les parents ou de mauvais traitements envers les enfants.

Le projet, qui s'est déroulé entre septembre 2017 et décembre 2020, est chapeauté par la Table de concertation en violence conjugale de Montréal (TCVCM), en partenariat avec la Table Carrefour Violence Conjugale Québec-Métro et la Table de concertation régionale en violence conjugale et agressions à caractère sexuel de la région du Saguenay.

Ce rapport présente la démarche complète effectuée ainsi que les résultats atteints. Il débute par un chapitre sur la problématisation afin de mieux saisir les fondements empiriques et théoriques. Ensuite, la démarche méthodologique est détaillée dans le chapitre 2. Les résultats sont présentés et discutés respectivement dans les chapitres 3 et 4. Enfin, les recommandations liées aux résultats du projet seront exposées en guise de conclusion. De plus, différentes annexes sont ajoutées au rapport afin de fournir toute l'information complémentaire requise.

Chapitre I : Problématique : fondements empiriques et théoriques du projet

Ce chapitre vise à dresser un portrait de la problématique à la base du projet. Il fait état des connaissances disponibles à ce jour sur les situations de cooccurrences en contexte de VC, en soulignant l'importance fondamentale de la concertation clinique, mais aussi les difficultés relatives à son actualisation. Ensuite, le cadre théorique à la base du projet sera expliqué afin de conceptualiser les stratégies possibles pour résoudre des controverses entre les acteurs concernés par le projet, qui peuvent avoir des points de vue divergents sur la violence conjugale, tout en faisant le lien avec les problèmes qui y sont associés. Enfin, le chapitre se termine par une section qui justifie la pertinence du projet et de ses objectifs spécifiques.

1.1 Définition des principaux concepts

Avant d'aller plus loin, il importe de définir les concepts les plus utilisés dans le cadre de ce projet, soit la violence conjugale (VC), la maltraitance des enfants (MT), les problèmes de santé mentale (PSM) et les problèmes de consommation (PC), de même que la concertation clinique. Une approche inclusive des PSM et PC a été privilégiée, de manière à tenir compte des préoccupations exprimées par des intervenants sur le terrain plutôt que de s'en tenir seulement aux situations qui auraient fait l'objet d'un « diagnostic » médical ou psychiatrique posé sur les parents qui vivent ces problèmes, qu'il s'agisse de la victime ou de l'auteur de VC.

Violence conjugale

La violence conjugale se caractérise par une série d'actes répétitifs qui suivent généralement une courbe ascendante... (elle) 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 un moyen choisi pour dominer l'autre et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extraconjugale ou amoureuse à tous les âges de la vie (Gouvernement du Québec, 1995, 2018). Elle s'inscrit dans la problématique plus large des violences faites aux femmes, car les victimes sont majoritairement féminines.

Maltraitance des enfants

La définition des MT est balisée par la Loi sur la protection de la jeunesse (Gouvernement du Québec, 2018), incluant une diversité de manifestations de « mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de négligence [...] ou d'exploitation [...], entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir » (OMS, 2018, cité par Dufour, 2019, p.4).

Problèmes de santé mentale

Ils incluent toute forme de difficultés qui résultent d'une perturbation des rapports entre la personne et son environnement (Comité de la santé mentale du Québec, 1994). Les PSM peuvent s'exprimer de nombreuses façons, leurs manifestations se situant sur un continuum de sévérité, de dysfonctionnement et de détresse psychologique. À l'une des

extrémités, on retrouve un ensemble de symptômes précis plus sévères qui peuvent conduire à un diagnostic (par exemple : dépression, anxiété, état de stress post-traumatique, trouble bipolaire, trouble de personnalité limite, schizophrénie) (St-Arnaud et al., 2004). À l'autre extrémité, on retrouve des symptômes plus légers ou transitoires, qui peuvent tout de même causer différents niveaux de détresse émotionnelle.

Problèmes de consommation

Il s'agit d'un usage nocif de substances psychoactives, comme les drogues illicites, les médicaments ou l'alcool, qui peut entraîner une dépendance ou des conséquences négatives d'ordre physique, affectif, psychologique, familial ou social pour la personne qui consomme, ses proches ou son environnement plus large (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2007 ; Varescon, 2005).

Concertation clinique

Rencontres qui réunissent des intervenant.e.s de différents champs et/ou secteurs d'intervention dans une perspective de soutenir leur travail d'intervention auprès des personnes vulnérables ayant subi et/ou causé de la violence conjugale.

1.2 Que sait-on sur les situations de cooccurrence ?

La VC est un problème social majeur à l'échelle planétaire (OMS, 2017), affectant disproportionnellement les femmes. Celles-ci représentent huit victimes sur 10 au Canada parmi les situations signalées à la police (Burczycka, 2017). Au Québec, le quart des enfants a été exposé à de la violence verbale, psychologique ou physique envers un parent dans la dernière année (Clément et al., 2019). Il s'agit aussi de l'une des formes de MT les plus souvent prises en charge par les services de protection de l'enfance au Québec comme au Canada (Hélie et al., 2017 ; Trocmé et al., 2010). Au Québec, ce type de MT a connu une hausse au cours des dernières années, passant de 1,2 enfants sur 1000 en 1998 à 3,2 enfants sur 1000 en 2014 (Hélie et al., 2017), ce qui peut s'expliquer par le changement en 2007 de la Loi sur la protection de la jeunesse (ajout des mauvais traitements psychologiques sous l'article 38C) et par la reconnaissance sociale de plus en plus grande de l'impact néfaste des MT psychologiques, dont l'exposition à la VC fait partie.

Les conséquences de la VC sur la santé physique et mentale et le fonctionnement social des femmes victimes (Laforest & Gagné, 2018 ; OMS, 2017) et de leurs enfants sont largement documentées (Camacho et al., 2012 ; Evans et al., 2008 ; Kitzmann et al., 2003 ; Lessard et al., 2019 ; Wolfe et al., 2003). Mais quand la VC se combine à d'autres problèmes comme la MT, les PSM ou les PC, les conséquences sont encore plus importantes (Bauer et al., 2013 ; Bourassa et al., 2008 ; Bromfield et al., 2010 ; Cleaver et al., 2011 ; Holmes, 2013 ; Humphreys et al., 2005 ; Stover et al., 2013), en particulier pour les enjeux de sécurité des victimes (femmes et enfants) et l'exercice des rôles parentaux. Dans ces cas, certains symptômes sont exacerbés comme le stress post-traumatique, la faible estime de soi, l'isolement social, les difficultés académiques, l'agressivité et la reproduction de la violence. D'ailleurs, en protection de la jeunesse, les motifs de signalements les plus fréquents sont l'exposition à la VC, la négligence

et les problèmes de consommation des parents (Mirick, 2014 ; Trocmé et al., 2010) et, dans près d'un cas sur deux, ces problématiques sont cooccurrentes (Lavergne et al., 2018). Une autre étude réalisée auprès de 94 femmes victimes de VC (Nathanson et al., 2012) montre que 46% d'entre elles présentent au moins deux troubles distincts (ex. : état de stress post-traumatique et dépression ; état de stress post-traumatique et dépendance à l'alcool ; dépression et dépendance aux drogues), difficultés qui découlent bien souvent de la violence subie.

Le portrait n'est pas très différent au sein des milieux communautaires spécialisés en VC. En effet, parmi les femmes hébergées en maisons pour femmes en difficulté, 20 % ont un PC et 32 % un PSM avec diagnostic (FMHF, 2017). La toxicomanie du conjoint est aussi fréquente et plusieurs enfants hébergés (31 %) sont suivis par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) (FMHF, 2014). Concernant les organismes œuvrant auprès des conjoints ayant des comportements violents, 27% des personnes qui ont fréquenté ces milieux ont un casier judiciaire pour VC, près du quart a déjà eu des pensées suicidaires (23 %) ou homicidaires (5 %) et 15 % ont un enfant suivi par la DPJ, même si un pourcentage plus élevé d'entre eux (23 %) admet avoir déjà été violent envers leurs enfants (A cœur d'homme, 2017).

Il importe également de souligner que les familles en situation de cooccurrence de VC vivent dans un contexte de vulnérabilités multiples et d'exclusion sociale qui se manifeste par des problèmes multidimensionnels et inter reliés comme la pauvreté, les problèmes de logement, la faible scolarisation, les difficultés d'insertion en emploi, l'isolement social, etc. (Bromfield et al., 2010 ; Alvarez-Lizotte et al., 2018 ; Lavergne et al., 2018). Dans certains cas, la VC s'exerce dans des contextes où d'autres facteurs de vulnérabilité s'ajoutent, comme la pauvreté, sans être la cause de la VC. Par exemple, la majorité de la clientèle des centres jeunesse et des organismes communautaires en VC vit en situation de pauvreté (FMHF, 2017 ; Minick, 2014).

En ce qui a trait aux défis liés à la parentalité, ils ont été peu étudiés en contexte de cooccurrence, mais une recherche québécoise récente indique qu'ils sont nombreux (Alvarez-Lizotte et al., 2018). Les mères, les pères et les adolescent.e.s vivant dans ces situations rapportent des dynamiques diversifiées dans lesquelles les liens entre les problèmes cooccurrents sont multiples et souvent circulaires. Toutefois, les mères et les adolescent.e.s décrivent davantage les PC et les PSM comme des conséquences de la VC, alors que les pères insistent sur le fait que leur PC contribue à aggraver la violence qu'ils exercent sans toutefois en être la cause (Alvarez-Lizotte et al., 2018). Dans un contexte de cooccurrence, les pères et les mères sont moins disponibles pour répondre aux besoins des enfants : les mères sont moins disponibles psychologiquement en raison de la VC subie et ses conséquences et les pères sont moins impliqués et présents, laissant souvent la charge parentale à la mère seule (Alvarez-Lizotte et al., 2018). De plus, différentes études soulignent les risques accrus de MT de la part de l'un ou l'autre des parents lorsque la VC se combine à des PSM ou des PC (Bauer et al, 2013 ; Bromfield et al., 2010 ; Burlaka et al, 2017 ; Cleaver et al., 2011 ; Holmes, 2013 ; Humphreys et al., 2005 ; Lavergne et al. 2018 ; Stover et al, 2013).

1.3 Pourquoi la concertation clinique est-elle à la fois essentielle et difficile à actualiser ?

De nombreuses études montrent que la présence de cooccurrences associées à la VC pose des défis majeurs dans l'actualisation d'une offre de services intégrée et cohérente aux besoins des familles, en raison du développement des services dans des réseaux d'expertises en parallèle en VC, MT, PSM et PC (Chamberland, Léveillé et Trocmé, 2007 ; Cleaver et coll., 2011 ; Hester, 2011 ; Humphreys et coll., 2005 ; Lessard et coll., 2010 ; Macy, Renz et Pelino, 2013 ; Potito, Day, Carson, et O'Leary, 2009 ; Thomas et Bennet, 2009 ; Wendt, 2010). Les intervenant.e.s des milieux de pratique concernés adhèrent à des missions organisationnelles différentes, prenant appui sur des idéologies ou des compréhensions divergentes des besoins et des problèmes vécus par les personnes qui reçoivent des services, ce qui peut les conduire à privilégier des stratégies d'intervention distinctes et ce, même si elles interviennent auprès d'une même famille. Les autrices parlent alors de « planètes distinctes » (Hester, 2011) ou de « clash culturel » (Humphreys et coll., 2005). Pour illustrer plus concrètement ces défis, mentionnons que certains milieux adoptent une perspective féministe axée sur les rapports de pouvoir entre les hommes et les femmes, insistant sur l'importance d'une analyse sociale de la problématique (Lessard, Montminy, Lesieux, Flynn, Roy, Gauthier et Fortin, 2015), alors que d'autres milieux adoptent plutôt une analyse non genrée, orientée vers des facteurs individuels ou la maladie, notamment dans les milieux d'intervention en santé mentale et en dépendance (Humphreys, Regan, River et Thiara, 2005).

Comme mentionné plus haut, les différents réseaux d'expertises se sont développés en parallèle, ce qui peut compliquer le déploiement d'une offre de services intégrée et en cohérence avec les besoins des familles concernées. De plus, il peut exister des enjeux de pouvoir entre les milieux institutionnels et communautaires. Certains organismes déplorent que leur expertise ne soit pas toujours reconnue à juste titre (Lessard et al., 2006). Aussi, il peut parfois s'avérer plus simple pour les intervenant.e.s de travailler chacun.e.s dans leur propre champ d'expertise, puisque les efforts de concertation avec les autres secteurs ne font pas souvent l'objet de mécanismes concrets et systématiques soutenus par les directions des différentes organisations.

Ces obstacles à la concertation peuvent entraîner de nombreuses difficultés d'accès aux services pour les femmes victimes et leurs enfants et, par le fait même, compromettre leur sécurité (Humphreys et al., 2005). Soulignons à cet égard que les intervenant.e.s ne sont pas toujours au courant qu'il y a d'autres intervenant.e.s au dossier et que les lois actuelles sur la confidentialité ne facilitent pas nécessairement la tâche de communiquer entre organisations. Un manque de fonds peut également rendre plus difficile la concertation, et ce, autant dans le réseau institutionnel que communautaire. Par ailleurs, plusieurs intervenant.e.s ne se sentiraient pas outillé.e.s pour identifier et reconnaître les signes de VC dans les situations dans lesquelles ils ou elles interviennent et certain.e.s se sentiraient mal à l'aise dans des situations où il y a présence de VC, particulièrement pour intervenir auprès des auteurs de violence (Mennick et al., 2019).

1.4 Quel fondement théorique peut aider à comprendre comment on arrive à résoudre des controverses entre des acteur.rice.s qui ont des points de vue divergents ?

Le modèle de la sociologie de l'innovation, développé par Callon et Latour en 1986 (Amblard, Bernoux, Herreros, et Livian, 1996) s'avère un cadre théorique utile lorsque les intérêts et les orientations divergent entre les différent.e.s acteur.rice.s concerné.e.s. En effet, ce cadre mise sur l'élaboration de ponts qui permettent de développer une nouvelle façon de voir les difficultés et de résoudre des situations difficiles, comme dans les cas de cooccurrences en lien avec la VC. Pour ce faire, la sociologie de l'innovation propose une théorisation du processus par lequel des acteur.rice.s étant issu.e.s d'univers culturels et de pratiques différentes, ayant des intérêts distincts de même qu'un accès dissemblable aux ressources et à l'autorité (par exemple : les milieux communautaires en contexte volontaire et certains milieux institutionnels dont l'intervention est balisée par une loi) peuvent réussir à réconcilier leur intérêt lorsqu'un objectif commun est établi et ainsi contribuer à développer une stratégie concertée et novatrice au niveau de l'intervention clinique.

Le processus proposé par ces auteurs est composé de quatre étapes :

- 1 La **problématisation**, qui consiste à analyser la situation de manière à mieux comprendre les acteur.rice.s en présence, ce qui les rallie et ce qui les distingue, ainsi que leurs motivations (chapitre 1) ;
- 2 L'**intéressement**, où des stratégies sont élaborées afin d'intéresser les acteur.rice.s au problème et de permettre de sceller les alliances (la tournée des équipes et des organismes au début du projet) ;
- 3 L'**enrôlement**, où les rôles pour chaque groupe d'acteur.rice.s sont précisés, définis, négociés et acceptés, dans l'optique d'établir les fondements d'une collaboration fructueuse (application de la stratégie par les rencontres de concertation et de consultation, chacune d'elle commençant par un tour de table afin de présenter les ressources et leur rôle) ;
- 4 **Mobilisation des acteur.rice.s impliqué.e.s dans l'action**, qui implique l'application par les intervenant.e.s au dossier des solutions proposées lors des rencontres de concertation ou de consultation, ainsi que la vérification de leur portée et de leur efficacité lors de la deuxième rencontre (Amblard et coll., 1996 ; Lessard, Flynn, Turcotte, Juneau, Delisle, Meunier, Godin, Alcedo et Dumont, 2012).

Ce cadre théorique fut utilisé dans le cadre d'un précédent projet réalisé entre 2005 et 2010 visant à mieux cerner les controverses et les points de convergence entre les acteur.rice.s concerné.e.s par la VC et la MT (Lessard, Flynn, Turcotte, Damant, Vézina, Godin, Paradis, Delisle, Alcedo, Juneau, Rock, et Rondeau-Cantin, 2010) et à élaborer une stratégie permettant de résoudre ces controverses (Lessard, Flynn, Delisle, St-Laurent, Veaulieu, Damant, Godin, Juneau, Paradis, Roch, Turcotte, et Vézina, 2008 ; Lessard, Flynn, Turcotte, Juneau, Delisle, Meunier, Godin, Alcedo, et Dumont, 2012). La stratégie a été élaborée en plaçant comme objectif central ce qui fait consensus entre les acteur.rice.s et le principal point de convergence sur lequel tou.te.s s'entendent, indépendamment de leur secteur de pratique, étant l'importance d'assurer la sécurité et la protection des victimes, soit les femmes et les enfants (Lessard et al., 2010). C'est donc ce qui a constitué l'objectif de ce premier projet, tout comme celui des autres projets qui ont suivi. En effet, entre 2011 et 2014, la stratégie élaborée a été implantée et évaluée dans la région de Québec afin de s'assurer qu'elle permette de répondre à cet enjeu important de sécurité des victimes. Des publications scientifiques (Lessard, Drouin, Germain, Alvarez-Lizotte et Turcotte, 2014 ; Lessard, Alvarez-Lizotte, Germain, Drouin et Turcotte, 2018) et un guide de pratique (Drouin et al., 2014) ont été produits, ancrés dans les fondements de la sociologie de l'innovation. Le guide de pratique s'est mérité un hommage à l'innovation sociale par le Vice-rectorat à la recherche-crédation de l'Université Laval (2014) et a été recommandé parmi les exemples de bonnes pratiques de concertation par un comité d'experts gouvernemental (MSSS, 2015).

1.5 Pertinence du projet et ses objectifs spécifiques

Même si les recherches présentées dans la section 1.2 montrent des taux de cooccurrence très élevés ainsi que des défis de collaboration importants entre les différentes ressources concernées (Humphreys et al., 2005 ; Macy et al., 2013), la littérature scientifique demeure très pauvre sur les programmes d'aide ayant démontrés leur efficacité en situation de cooccurrence (Mason & DuMont, 2015). Pourtant, il est reconnu que le travail de collaboration intersectorielle entre les intervenant.e.s des organismes concernés et les discussions cliniques de cas sont des stratégies efficaces pour améliorer la collaboration (Mason et al., 2017).

Le présent projet vise donc la mise sur pied d'une stratégie de concertation clinique efficace dans les situations familiales complexes où la VC se présente en cooccurrence avec des PSM, des PC ou de MT. Il s'agit d'un projet novateur au Québec, car aucun projet ne s'était concentré sur ces trois cooccurrences en même temps. Il s'inscrit en cohérence avec les recommandations d'experts internationaux dans le domaine afin de mieux aider les victimes en situation de cooccurrence (Mason et al., 2017) et répond directement aux préoccupations des experts québécois en VC, PSM, PSM et MT (57 expert.e.s ayant participé à des séminaires tenus dans trois différentes régions). Pour ces expert.e.s, la collaboration entre les différents milieux de pratique s'avère incontournable pour mieux répondre aux besoins complexes des familles en situation de cooccurrence, en particulier les enjeux de sécurité (Dumont, 2018).

Bien qu'il existe d'autres modèles de concertation comme le Plan d'intervention individualisé (PII) ou le programme Services intégrés en abus et maltraitance (SIAM) du CIUSSS de la Capitale-Nationale, ils restent généralement peu adaptés à la problématique de VC. Le PII consiste à organiser des rencontres de concertation en présence des membres de la famille et part fondamentalement de l'initiative des intervenant.e.s en milieu institutionnel. Dans le présent projet, les rencontres de concertation clinique¹ ne sont organisées qu'en présence des professionnel.le.s intervenant avec la famille et la situation peut être référée autant par le milieu institutionnel que communautaire, ce qui contribue à égaliser les rapports de pouvoir considérant que l'expertise en VC se situe principalement dans les organismes communautaires (pour les victimes et les auteurs). Il est important également de souligner que l'intervention en VC en présence des deux parents n'est pas recommandée comme cela est fait habituellement dans les PII. Ainsi, le présent projet se rapproche davantage des quelques autres initiatives québécoises spécifiquement conçues pour la concertation en contexte de VC, par exemple le projet A-GIR ou le Carrefour sécurité en violence conjugale pour prévenir l'homicide. Ces modèles comportent aussi des différences avec le présent projet, notamment le fait qu'ils sont axés de façon plus pointue sur la sécurité imminente, alors que le présent projet propose une conception plus large et préventive des enjeux de sécurité et inclut la participation d'expert.e.s externes.

Dans le cadre de ce projet, lorsque des situations complexes de VC présentaient une ou plusieurs concomitances, des rencontres de concertation clinique ont été organisées, en impliquant des intervenant.e.s au dossier et des expert.e.s externes invité.e.s selon les besoins spécifiques identifiés.

La mise en place de ce modèle de concertation incluait plusieurs objectifs, soit :

- 1 Améliorer la sécurité des femmes et des enfants, notamment en offrant la présence d'expertises externes au dossier selon les besoins de chaque situation ;
- 2 Améliorer la collaboration entre les intervenant.e.s des différents secteurs de pratiques, notamment par la connaissance des milieux de pratiques ;
- 3 Améliorer la qualité et la continuité de l'aide offerte, notamment par l'offre de nouvelles pistes d'interventions ;
- 4 Expérimenter et évaluer la stratégie de concertation et ses impacts sur la sécurité des femmes et des enfants ainsi que sur les pratiques des intervenants.e.s.

¹ Il est à noter que le terme « rencontre de concertation clinique » utilisé ici peut faire référence autant aux mécanismes de concertation pure ou de collaboration. Les deux types ont été expérimentés dans le présent projet et la différence entre les deux sera expliquée au chapitre suivant.

Chapitre II : Méthodologie

Bien que le projet se soit effectué en différentes étapes, le présent chapitre portera sur les informations liées au déroulement de la démarche de concertation clinique expérimentée ainsi qu'à la collecte et à l'analyse de données. Aussi, la première étape du projet consistait à réaliser une stratégie de concertation intersectorielle et interdisciplinaire à travers des rencontres basées sur la discussion clinique entre des intervenant.e.s qui travaillent auprès des familles auxquelles se sont joints des expert.e.s externes.

La seconde étape du projet visait à fournir une analyse de la stratégie de concertation, en se basant sur les recommandations issues des rencontres et la bonification de la concertation clinique intersectorielle (des secteurs communautaires et institutionnels) et couvrant diverses expertises (VC, PSM, PC et MT). Après chaque rencontre, les intervenant.e.s ont été invité.e.s à remplir un formulaire d'évaluation afin de documenter les retombées possibles et souhaitables pour la sécurité ainsi que pour la qualité des services. L'analyse des rencontres de concertation clinique réalisées, qui correspond à la troisième étape, fournit des résultats essentiels documentés dans ce rapport de recherche et permettant la réalisation de différents outils et publications qui sont disponibles sur le site internet de la TCVCM.

Aussi, des précisions sur le déroulement des rencontres ainsi que sur les différenciations entre les rencontres de concertation et les rencontres de consultation seront apportées. Ensuite, les éléments liés à l'échantillonnage seront abordés, puis seront vues les méthodes de collecte et d'analyse des données.

2.1 Explications sur la stratégie de concertation expérimentée

Tel que mentionné, le projet a permis de réaliser 63 rencontres de concertation clinique intersectorielle pour 37 situations cliniques. Lors de chaque rencontre, au moins trois intervenant.e.s provenant d'organismes ou d'institutions distinct.e.s (maisons d'hébergement pour femmes victimes de VC, centres jeunesse, organismes communautaires pour conjoints ayant des comportements violents, ressources communautaires ou institutionnelles spécialisées en toxicomanie ou en santé mentale) étaient présent.e.s. Au minimum deux secteurs d'expertise différents sont représentés durant les rencontres selon les problématiques vécues par la famille, soit la VC et au moins une autre problématique parmi les suivantes : les problèmes de santé mentale (PSM), les problèmes de consommation (PC) ou les mauvais traitements envers les enfants (MT).

2.1.1 Déroulement des rencontres

L'animation des rencontres était assumée par une personne neutre (donc ni un.e intervenant.e au dossier ou un.e expert.e. externe). Dans le cadre du présent projet, ce rôle a été tenu par les agentes de rayonnement de chacune des régions. Une méthode d'animation centrée sur l'objectif a été appliquée pendant les rencontres. Celle-ci permet de recentrer les débats sur les enjeux-clés de la rencontre, à savoir l'amélioration de la sécurité des femmes et des enfants, lorsque les échanges dévient de leurs objectifs. De plus, ce type d'animation permet d'égaliser les rapports de pouvoir entre les divers.e.s intervenant.e.s impliqué.e.s. Dans le cadre du projet, l'animation centrée sur l'objectif pendant les rencontres de concertation a permis des échanges fluides et productifs, malgré des compréhensions variables dans certaines situations.

2.1.2 Concertation clinique ou consultation clinique

Deux types de rencontres ont pris forme dans le cadre du projet, selon les spécificités et les besoins de chaque situation : les rencontres de concertation clinique ou les rencontres de consultation clinique.

La rencontre de concertation clinique est utilisée lorsque les parents des enfants ou le parent ayant l'autorité légale ont signé le consentement de participer à la rencontre et lorsqu'il y a plusieurs intervenant.e.s au dossier. Quant à la rencontre de consultation clinique, elle se fait de manière totalement anonyme et est utilisée lorsque le fait de demander le consentement aux parents peut poser des enjeux de sécurité et / ou qu'il n'y a généralement qu'un.e seul.e intervenant.e au dossier.

Le Tableau 1 permet de clarifier la distinction, les enjeux et les impacts entre ces types de rencontre.

Tableau 1 : Distinction entre rencontres de concertation clinique et rencontres de consultation clinique

Éléments de spécificité	Rencontre de concertation	Rencontre de consultation
<p>Concomitance violence conjugale (VC) et :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maltraitance (MT) • Santé mentale (PSM) • Dépendance (PC) • Autres... 	<p>La famille rencontrée est aux prises avec une problématique de VC et une autre problématique (PC, PSM, MT).</p>	<p>La famille rencontrée est aux prises avec une problématique de VC et une autre problématique (PC, PSM, MT), mais la situation familiale ne se prête pas à une discussion clinique sous forme de concertation en raison des difficultés à obtenir les consentements parentaux sans compromettre la sécurité des victimes ou de l'absence d'autre intervenant.e au dossier.</p>
<p>Intervenant.e.s au dossier</p>	<p>Au moins deux intervenant.e.s sont au dossier.</p>	<p>Un seul organisme est impliqué auprès de la famille au moment de la référence par un.e intervenant.e.</p>
<p>Consentement</p>	<p>Il est possible d'obtenir le consentement des deux parents bien qu'ils ne soient pas présents à la rencontre.</p>	<p>Le consentement des deux parents n'est pas requis et l'anonymat des membres de la famille sera préservé au cours des discussions.</p>

Plusieurs expertises externes au dossier pouvaient être sollicitées pour les rencontres, autant pour les concertations cliniques que les consultations cliniques, selon les besoins et les cooccurrences présentes. Par exemple, des expert.e.s en intervention auprès des victimes de VC, auprès des conjoints ayant des comportements violents, en MT, PSM et PC ont été régulièrement sollicité.e.s. Afin de répondre à certains besoins plus spécifiques, une souplesse a été de mise pour la participation de certaines expertises lors des rencontres. La présence d'intervenant.e.s issu.e.s par exemple du domaine de la santé, des programmes d'aide au niveau de la déficience intellectuelle, des policiers communautaires, etc. a été sollicitée lors de certaines rencontres, tout en respectant les enjeux d'éthique et de confidentialité. Ainsi, la présence des différent.e.s participant.e.s constituait un choix réfléchi découlant notamment de demandes des intervenant.e.s au dossier ayant effectué la référence.

Sauf pour quelques exceptions, une rencontre de suivi a été organisée. Les exceptions sont majoritairement reliées à la planification des rencontres. Dans le cadre des consultations cliniques, celles-ci n'avaient pas été prévues au départ, car la plupart du temps il y avait un.e seul.e intervenant.e au dossier et les autres intervenant.e.s étaient des expert.e.s externes, donc moins directement concernées par la suite des actions à mettre en place. Du moins, c'était l'hypothèse de départ. Or, à la suite d'une multiplication de demandes émanant des intervenant.e.s référent.e.s, mais également des expert.e.s externes, le projet s'est adapté afin d'offrir systématiquement la possibilité d'une rencontre de suivi, même dans le cadre d'une rencontre de consultation.

Cet ajustement, venant répondre aux besoins des intervenant.e.s au bénéfice de la concertation, constitue une force du projet. En effet, la rencontre de suivi permet de faire une mise à jour sur la situation, d'effectuer un suivi concernant les mesures proposées lors de la première rencontre et d'évaluer leurs effets pour finalement proposer de nouvelles pistes d'intervention en lien avec l'évolution de la situation. Mais cela constitue également une limite du projet d'un point de vue méthodologique étant donné que les premières rencontres ne comportaient pas toujours de rencontres de suivi. Cependant, vu que cette rencontre de suivi a été systématiquement demandée par les intervenant.e.s participant.e.s, nous pouvons supposer que la démarche de concertation clinique leur était bénéfique.

2.2. Confidentialité

Quelle que soit la forme de la rencontre, l'éthique a été respectée en tenant compte des enjeux de confidentialité alors que les intervenant.e.s signaient un formulaire d'engagement à la confidentialité (voir annexe 3 dans la section Boîte à outils sur le site internet de la TCVCM). Dans le cadre de la concertation clinique, des autorisations formelles permettant aux intervenant.e.s de participer à la rencontre ont été signées tandis que dans les cas de consultation clinique, l'anonymat des membres de la famille était préservé. Soulignons qu'il n'y a pas d'écart en termes d'objectifs atteints quelle que soit la formule utilisée (concertation clinique ou consultation clinique).

2.3 Stratégie d'échantillonnage

Trois régions ont été ciblées pour la réalisation du projet, soit la région de Montréal, de Québec et du Saguenay Lac St-Jean. Le choix a été fait d'une part afin d'élargir le champ d'analyse et d'application d'une précédente étude réalisée à Québec, autant pour les régions rurales qu'urbaines. D'autre part, les caractéristiques de ces régions permettaient la présence d'avantages comparatifs entre chacune des régions. Il est important de souligner qu'il ne s'agit pas d'un échantillon représentatif de l'ensemble des régions du Québec, mais que le critère d'intérêt des tables de concertation à être partenaire pour ce projet a été pris en compte. Plusieurs milieux de pratique ont effectué des références de façon volontaire, ce qui a mené à la réalisation des rencontres qui se sont déroulées de février 2018 à mai 2019.

2.4 Le recrutement des participant.e.s au projet

Le recrutement des dossiers cliniques pertinents pour les rencontres de concertation/consultation clinique, qui réfère à la deuxième étape du cadre théorique, soit l'intéressement, s'est fait par l'entremise de trois agentes de rayonnement présentes dans chaque région où s'est déroulé le projet. Celles-ci avaient pour mandat de faire connaître le projet par diverses méthodes (présentations aux tables de concertation, envois de la documentation pertinente, etc.). Le recrutement au Saguenay-Lac-Saint-Jean s'est avéré être un peu plus complexe malgré la réalisation de nombreuses rencontres de présentation du projet par l'agente de rayonnement régionale. Les préoccupations des organismes de cette région ont été abordées lors d'un atelier tenu en novembre 2018 par la chargée de projet et la chercheuse principale afin d'expliquer le déroulement d'une rencontre de concertation, les avantages et les bénéfices directs. Cet atelier a permis de susciter l'intérêt des participant.e.s présent.e.s, de clarifier la différence entre les rencontres de concertation clinique et les plans de services individualisés (initiés seulement par des intervenant.e.s des établissements publics) ainsi qu'à les rassurer quant aux enjeux de confidentialité. La tenue de l'atelier s'est avérée être une excellente stratégie pour soutenir le démarrage du recrutement et la réalisation des rencontres de concertation et constitue un exemple concret d'une stratégie de mobilisation dans l'action (dernière étape du cadre théorique).

2.5 Échantillon

Les 250 questionnaires complétés par les intervenant.e.s participant.e.s comportaient 37 références ou « familles » différentes. Deux rencontres de concertation clinique étaient prévues par famille accompagnée. L'objectif de la première rencontre consistait à trouver des pistes de solution afin d'améliorer la sécurité des femmes victimes de VC et de leurs enfants, la deuxième ayant pour but notamment de faire un suivi de l'évolution de la situation clinique et des nouveaux besoins.

Les situations cliniques ont été réparties ainsi entre les différentes régions : 23 à Montréal, 8 à Québec et 6 au Saguenay-Lac-Saint-Jean et elles ont mobilisé 63 rencontres de concertation, soit : 23 rencontres de concertation clinique et 13 rencontres de suivi à Montréal, 8 rencontres de concertation clinique et 8 rencontres de suivi à Québec ainsi que 6 rencontres de concertation clinique et 5 rencontres de suivi pour le Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Le Tableau 2 illustre l'origine des intervenant.e.s selon leurs organismes de rattachement, alors que le Tableau 3 propose une identification plus précise du rôle de l'intervenant.e auprès de la famille, en distinguant les expert.e.s externes des intervenant.e.s au dossier.

Tableau 2 : Participation des intervenant.e.s selon leur organisme de rattachement

Organisme de rattachement	Nombre (Total 250)	Pourcentage
Violence conjugale femme (VCF)	77	30,8 %
Problèmes de santé mentale (PSM)	52	20,8 %
Maltraitance des enfants (MT)	49	19,6 %
Violence conjugale homme (VCH)	35	14 %
Autres : milieu scolaire, policier,	21	8,4 %
Déficience intellectuelle, santé maternelle et infantile, etc.		
Problèmes de consommation (PC)	16	6,4 %

Tableau 3 : Rôle des intervenant.e.s ayant participé aux rencontres

Rôle	N=250
Intervenant.e.s au dossier	142 (56,8 %)
Intervenant.e.s référent.e.s	75 sur 142 (52,8 %)
Expert.e.s externes	108 (43,2 %)

Les références des différentes situations qui ont mené à des rencontres provenaient le plus souvent des secteurs suivants : organismes en violence conjugale envers les femmes, protection de la jeunesse, organismes pour conjoints, santé mentale et organismes de la famille. Deux tiers provenaient du milieu communautaire et un tiers du milieu institutionnel. Concernant la participation totale (référent.e.s, intervenant.e.s au dossier et expert.e.s externes) plus d'un tiers provenait du secteur institutionnel (34,8 %) et deux tiers du secteur communautaire (65,2 %).

Le nombre d'organismes participants a varié en fonction du nombre total de ressources dans chaque région et aussi du nombre de rencontres de concertation organisées dans ces régions. Il reflète donc la taille de la population et les ressources de chaque région (voir annexe A).

2.6 Les méthodes de collecte de données

Les données récoltées lors du projet proviennent d'analyses quantitatives et qualitatives. La méthodologie mixte a été utilisée car elle permet d'enrichir et de solidifier l'analyse grâce à la complémentarité des deux méthodes. En effet, les données qualitatives fournissent des explications ou exemples plus précis permettant de nuancer ou d'approfondir la compréhension des résultats quantitatifs. L'expérimentation de ce projet a été évaluée à l'aide d'un questionnaire auto-administré. Le questionnaire comportait des échelles de Likert, quelques questions fermées ainsi que des questions ouvertes qualitatives. Les questions qualitatives portaient sur différents thèmes soit les éléments facilitants la rencontre, les difficultés, les éléments perçus comme des points de consensus et des divergences ainsi que l'appréciation globale de la rencontre. L'appréciation du déroulement de la rencontre ainsi que les indicateurs plus importants en lien avec les objectifs du projet ont aussi été mesurés quantitativement, soit l'effet perçu des rencontres pour l'amélioration de la sécurité des femmes et des enfants, l'amélioration des pratiques, la pertinence du modèle de concertation.

De plus, 12 entretiens téléphoniques individuels ont été effectués avec des intervenant.e.s au dossier en mai 2020 afin de documenter de façon plus pointue la contribution des concertations cliniques à répondre aux enjeux liés à la sécurité des victimes. Dans le cadre de ces entretiens, de courts questionnaires avec deux questions ouvertes ont été posés aux intervenant.e.s ayant participé afin d'obtenir des réponses quant à l'amélioration de la sécurité (voir annexe B).

Les personnes interrogées ont été choisies en visant un équilibre tenant compte des critères suivants :

- a le nombre de réponses positives reçues à la suite des invitations lancées à tou.te.s pour participer à un entretien téléphonique ;
- b la diversification des secteurs de pratique représentés ;

- c La diversification des régions ;
- d Une priorité a été donnée aux entretiens ayant donné suite à une rencontre de suivi afin de permettre d’avoir un aperçu de l’amélioration de la sécurité sur le plus long terme.

Le tableau 4 reflète la diversité des secteurs interrogés lors des entretiens téléphoniques.

Tableau 4 : Répartition des entretiens téléphoniques par organismes/CIUSSS, par secteurs dans chacune des régions

Régions	Montréal (5 entretiens /8 offres)	Québec (5 entretiens / 11 offres)	Saguenay-Lac-Saint-Jean (2 entretiens/2 offres)	TOTAL (N=12)
Communautaire vs institutionnel	3 organismes communautaires 2 CIUSSS	2 organismes communautaires 3 CIUSSS	2 organismes communautaires	7 organismes communautaires 5 CIUSSS
Secteurs d'expertise	2 VCF 2 PSM 1 MT	1 VCF 1 VCH 2 MT 1 PC	1 VCH 1 ressource famille / autochtone	3 VCF 2 VCH 2 PSM 3 MT 1 PC 1 ressource famille / autochtone
TOTAL	5	5	2	N =12

2.7 Méthodes d'analyse des données

Les données quantitatives ont fait l'objet d'une analyse descriptive à l'aide d'Excel, en cohérence avec les objectifs visés et la nature des données recueillies. Le calcul des pourcentages a été effectué sur les réponses valides uniquement. Certaines des réponses négatives cochées reviennent parfois dans les réponses qualitatives comme positives, ce qui permet de constater que, dans plusieurs cas, les réponses négatives signifient plutôt une incertitude ou un manque d'information de l'intervenant.e pour être suffisamment certain.e de sa réponse. En effet, la plupart des réponses négatives et « ne sait pas » ont été cochées lors des premières rencontres de concertation alors que la rencontre de suivi n'avait pas encore eu lieu. Certain.e.s intervenant.e.s commentaient par ailleurs qu'ils ou elles avaient besoin de la rencontre de suivi pour s'assurer de l'impact sur la sécurité des femmes et des enfants.

Pour l'analyse qualitative, une analyse de contenu thématique a été réalisée, notamment à l'aide d'un arbre de codification qui a été conçu à partir des thèmes émergeant des réponses des intervenant.e.s aux questions ouvertes. Ces thèmes ont ensuite été regroupés en catégories plus larges. Le travail a été effectué de manière à assurer un consensus sur la catégorisation des différents thèmes de la grille. Pour les catégories qui soulevaient davantage de questionnements, un accord inter-juges a été réalisé systématiquement pour l'ensemble des extraits codés dans ces sections. L'utilisation de la méthode mixte (qualitative et quantitative) a permis de mettre en relation et de croiser les données issues des deux méthodes et d'approfondir certaines questions. Par exemple, très souvent une question fermée pouvait être appuyée par des affirmations et du contenu qualitatif, comme il sera possible de le constater dans les résultats. Quant aux entretiens individuels, les données ont été classées selon les thèmes prédominants répondant directement aux objectifs des entretiens.

2.8 Les mécanismes de suivi du volet pérennisation du projet

Afin de répondre aux objectifs liés à la pérennisation du projet, un comité de suivi a été formé à la fin de l'automne 2019. Ce comité s'est réuni à de multiples reprises afin d'assurer un suivi de l'avancement du développement des outils nécessaires à la diffusion et à la pérennisation du projet. Le comité était composé de six personnes, incluant des représentantes des milieux communautaires et institutionnels, la coordonnatrice de la TCVCM ainsi que la chargée de projet et la responsable scientifique du projet. Toutes ces étapes de consultation ont contribué à collectiviser la démarche et à s'assurer de la rendre plus rigoureuse dans l'opérationnalisation, notamment dans la capacité de répondre aux enjeux spécifiques aux différents milieux d'intervention. Tous les outils développés sont accessibles sur le site internet de la TCVCM.

Chapitre III : Résultats

Les résultats sont présentés globalement pour l'ensemble des régions puisqu'ils étaient similaires d'une région à l'autre et qu'il n'était pas possible de faire des comparaisons de T-test en raison du faible taux de participation dans les régions (par exemple : 5 discussions cliniques organisées au Saguenay-Lac-Saint-Jean.). Aussi, les résultats du projet répondent à chacun des objectifs du projet, à savoir :

- 1 Améliorer la sécurité des femmes et des enfants, notamment en offrant la présence d'expertises externes au dossier selon les besoins de chaque situation ;
- 2 Améliorer la collaboration entre les intervenant.e.s des différents secteurs de pratique, notamment par la connaissance des milieux de pratiques ;
- 3 Améliorer la qualité et la continuité de l'aide offerte, notamment par l'offre de nouvelles pistes d'intervention ;
- 4 Expérimenter et évaluer la stratégie de concertation et ses impacts sur la sécurité des femmes et des enfants ainsi que sur les pratiques des intervenant.e.s.

3.1 Résultats quantitatifs

Les principaux constats indiquent assez clairement que, selon les participant.e.s au projet, les pratiques concertées constituent un cadre de pratique qui permet de mieux répondre aux enjeux de sécurité pour les femmes et les enfants, d'améliorer leurs pratiques et qu'il s'agit d'un modèle à adopter. Le Tableau 5 résume les résultats quantitatifs, qui seront précisés et explicités, grâce au support des données qualitatives, à travers chacun des constats présentés.

Tableau 5 : Résumé des résultats quantitatifs

La concertation / consultation clinique ...	Participant.e.s (N)	Oui	Non	Peut-être ou ne sais pas
Répond aux enjeux de sécurité	228	86,8 %	3,1 %	10,1 %
Améliore les pratiques	141	87,9 %	4,9 %	7,1 %
Constitue une stratégie à développer	229	100 %	0 %	0 %

Il est à noter que le nombre de participant.e.s (N) varie d'une question à l'autre, selon le rôle des intervenant.e.s (au dossier ou expert.e.s externes) ou la présence de données manquantes lorsque les intervenant.e.s n'ont pas répondu à une question. C'est pourquoi, par souci de précision de l'analyse, le nombre réel de données valides est ajusté dans le tableau et les pourcentages (%) sont calculés sur les nombres réels de réponses valides à chaque indicateur (la même méthode est respectée pour chacun des tableaux complémentaires en annexe C). Les données qualitatives permettent aussi de mieux comprendre ce que signifie les réponses « non » et « peut-être » ou « je ne sais pas ».

Au-delà des bénéfices perçus dans l'intervention auprès des familles concernées, il a aussi été constaté que les participant.e.s ont grandement apprécié le processus des rencontres (Tableau 7). En effet, 58 participant.e.s (soit 32,8 %) estiment que cela les a « beaucoup » aidé à comprendre la problématique alors que 79 (soit 44,6 %) pensent que cela les a « moyennement » aidé. De plus, ces rencontres ont aussi été l'occasion de développer une meilleure connaissance de leurs partenaires des autres organisations. 116 participant.e.s (65,5 %) estiment que cela les a beaucoup aidé et 53 (29,9 %) considèrent que ces rencontres les ont moyennement aidé.

En ce qui concerne le déroulement des rencontres, seulement trois participant.e.s ont été insatisfait.e.s de leur participation à la discussion. La satisfaction (satisfait ou très satisfait) atteint donc près de 100% et les éléments les plus appréciés sont dans l'ordre : la liberté d'expression, l'ouverture du groupe à entendre et à respecter des idées, les opinions ou commentaires divergents, la reconnaissance de l'expertise et de la compétence professionnelle des autres participant.e.s, la contribution de l'animatrice à ce que chacun.e puisse s'exprimer suffisamment, la reconnaissance de l'expertise et de la compétence professionnelle du ou de la répondant.e, la pertinence des discussions pour sa pratique professionnelle et la contribution du ou de la répondant.e à la discussion (Tableau 7).

Tableau 6 : Degré d'appréciation des bénéfices perçus pour l'ensemble des intervenant.e.s suite à chaque rencontre

	Beaucoup	Moyennement	Un peu	Pas du tout	Données manquantes
Jusqu'à quel point cette rencontre a amélioré votre connaissance de la problématique (concomitance de violence conjugale et d'une autre problématique) ? (177 participant.e.s).	58 (32,8 %)	79 (44,6 %)	32 (18,1 %)	8 (4,5 %)	73

Avez-vous une meilleure compréhension des enjeux liés à la violence conjugale (avec une autre problématique) ? (177 participant.e.s)	71 (40,1 %)	72 (40,7 %)	29 (16,4 %)	5 (2,8 %)	73
Avez-vous une meilleure connaissance du mandat des partenaires ? (177 participant.e.s)	116 (65,5 %)	53 (29,9 %)	7 (4 %)	1 (0,6 %)	73

Tableau 7 : Degré d'appréciation des aspects du déroulement de la rencontre pour l'ensemble des intervenants.e.s

Taux de satisfaction	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	Données manquantes
1. Pertinence des discussions pour ma pratique professionnelle (248 participant.e.s)	162 (65,3 %)	86 (34,7 %)	0	0	2
2. Liberté d'expression (je me sens à l'aise d'émettre mes idées) (247 participant.e.s)	222 (89,9 %)	25 (10,1 %)	0	0	3
3. Sentiment que mon expertise et ma compétence professionnelle sont reconnues (244 participant.e.s)	192 (78,7 %)	52 (21,3 %)	0	0	6
4. L'expertise et la compétence professionnelle des autres me semblent reconnues (absence du sentiment que certain.e.s sont plus expert.e.s que d'autres) (246 participant.e.s)	212 (86,2 %)	34 (13,8 %)	0	0	4
5. Ouverture du groupe à entendre et à respecter des idées, opinions ou commentaires divergents (247 participant.e.s)	217 (87,8 %)	30 (12,2 %)	0	0	3
6. Ma contribution à la discussion (246 participant.e.s)	155 (63 %)	88 (35,8 %)	3 (1,2 %)	0	4
7. Contribution de l'animatrice à ce que chacun.e puisse s'exprimer suffisamment (247 participant.e.s)	208 (84,2 %)	39 (15,8 %)	0	0	3

3.2 Résultats qualitatifs

L'analyse des 250 questionnaires complétés ont permis de faire ressortir comme principaux constats que la concertation clinique :

- γ Améliore la sécurité ;
- γ Améliore la pratique ;
- γ Constitue un modèle à adopter.

Et les résultats qualitatifs obtenus permettent d'en identifier les raisons. Quant aux entretiens téléphoniques réalisés quelques mois après les rencontres, ils ont permis de préciser notamment les facteurs contribuant à améliorer la sécurité.

3.2.1 La concertation clinique améliore la sécurité

Tel que mentionné précédemment, les participant.e.s considèrent à 86,8% que le projet permet de répondre aux enjeux de sécurité. La concertation clinique serait ainsi un outil très pertinent dans des situations complexes puisque la sécurité est mise au cœur du processus de concertation et ce, peu importe le secteur de provenance des personnes participant à la rencontre. En effet, les intervenant.e.s ont admis de façon unanime que la sécurité des femmes et des enfants devait être la priorité accordée à ces rencontres.

« Nous avons tous la même cible : la sécurité de la femme et des enfants » (Intervenante auprès des conjoints violents).

En fait, la concertation clinique se révèle être un moyen très efficace pour optimiser la sécurité des victimes de VC car elle permet d'avoir une vue d'ensemble de la situation et de mettre en pratique les nombreuses pistes d'interventions et de solutions trouvées lors des rencontres. Ces rencontres sont ainsi des occasions pour les intervenant.e.s de partager les informations sur la situation et de pouvoir s'appuyer sur leurs expertises mutuelles tel que le mentionne une intervenante en MT «Oui, maximiser l'efficacité des interventions, connaissance approfondie de la situation vs nouvelles informations, évaluer le filet de sécurité ».

Ainsi, la capacité de la concertation clinique d'améliorer concrètement la sécurité des victimes de VC constitue le **bénéfice le plus important du projet** notamment par le fait qu'elle amène une meilleure compréhension des enjeux de sécurité et de la dangerosité et qu'elle permet la mise en place de mesures concrètes suite à la concertation clinique.

3.2.1.1 Comprendre les enjeux de sécurité et la dangerosité dans leur complexité

La concertation clinique a permis une connaissance plus approfondie des enjeux de sécurité et a fait en sorte que plusieurs intervenant.e.s se sont estimé.e.s mieux outillé.e.s pour y répondre. Dès le démarrage du projet, ceux-ci se sont déclinés sur deux axes, soit les enjeux de sécurité imminents (court terme) et les enjeux de sécurité considérés sur le long terme. De plus, les intervenant.e.s considèrent que pour être en mesure de mieux comprendre les enjeux de sécurité, il est important, d'avoir une analyse plus globale des situations de cooccurrences et de leurs impacts sur les victimes.

Un intervenant auprès des hommes auteurs de violence signale plusieurs difficultés comme « le conjoint a de multiples problématiques, l'impulsivité du conjoint, la complexité du dossier » pointant ainsi sur « l'importance de se concerter dans ce dossier ». Dans le même sens, une intervenante pour femmes victimes de VC mentionne que les rencontres permettent une « compréhension de la complexité des enjeux donc [une] amélioration de la sécurité des victimes ».

Évidemment, la compréhension des enjeux de sécurité et de dangerosité dans toute leur complexité, nécessite également la prise en compte des enjeux entourant la garde des enfants. Plusieurs intervenant.e.s ont soulevé des inquiétudes concernant l'exposition des enfants à la VC lors des échanges de garde ou des contacts supervisés. Par exemple, des comportements violents d'ex-conjoints ont perduré pendant les échanges d'enfants envers leurs ex-conjointes. D'autres aspects légaux ont été nommés, comme par une intervenante auprès des femmes victimes de VC, qui souligne l'importance d'une « entente légale (dans le cadre de la chambre de la famille) régissant la garde des enfants et les modalités, que l'on puisse donner des informations de base à la mère (consentement aux rapports sexuels, type de violence, etc.) et d'effectuer un travail sur l'estime de soi, la confiance en elle-même et enfin que la mère identifie ses besoins ».

Par ailleurs, plusieurs autres éléments peuvent contribuer à rendre plus vulnérables les femmes et leurs enfants, dont les questions en lien avec l'immigration, qui font partie des enjeux de sécurité :

- 1 la crainte de la perte de garde des enfants tant que la situation n'est pas régularisée;
- 2 les enjeux interculturels qui peuvent fragiliser la stabilité de la mère et des enfants;
- 3 le retour de la mère et des enfants dans le milieu où il y a de la VC en raison notamment des pressions sociales de la communauté religieuse, comme le nomme une intervenante auprès des conjoints violents : « la situation complexe due à l'énorme pression sociale mise sur la femme par les membres de sa communauté religieuse. La dangerosité d'un retour de Madame avec son mari », ou encore « les risques liés à une réunification familiale pour raviver les comportements violents » (intervenante en MT);
- 4 les risques associés à la possibilité de retourner dans le pays d'origine.

Ainsi, il s'est avéré être important pour plusieurs familles de considérer les enjeux liés à l'immigration et à la régulation du statut migratoire pour assurer la sécurité des femmes et des enfants en contexte de VC au cours du projet. L'incertitude quant au statut peut donc engendrer des difficultés supplémentaires en plus de la VC subie : « la nécessité de référer les enfants pour une intervention psychosociale, le besoin de la mère de régulariser sa situation, ici au Québec, en ce qui concerne la garde des enfants » (intervenante en VCF). Dans ce cas précis, un risque de double victimisation est possible si la mère victime de VC craint de perdre la garde des enfants tant que sa situation n'est pas régularisée et qu'elle n'est pas résidente permanente. La violence structurelle²¹ jumelée à la violence conjugale subie par la femme

2 La violence structurelle est une forme de violence produite par des institutions étatiques (un système politique discriminant) ou des pratiques sociales (une norme sociale excluante) qui empêchent des individus ou des groupes de satisfaire leurs besoins de base.

3.2.1.2 La mise en place de mesures concrètes pour assurer la sécurité

Dans le cadre des rencontres de concertation clinique des pistes de solution suggérées ont pris en compte la dangerosité de la situation ainsi que l'impératif d'agir rapidement. Le risque de recrudescence de la violence à la suite d'une possible séparation ou le risque d'homicide ont également été discutés lors de plusieurs rencontres donnant lieu à des scénarios de protection, d'évaluation du risque d'homicide et de la mise en place d'un plan d'intervention plus complet. Lors de certaines rencontres, des agents sociocommunautaires des services de police locaux ont été invités à participer à des rencontres : « besoin d'une intervention et d'un suivi des forces policières afin d'avoir (...) plus d'éléments pour pouvoir les secourir » (intervenante en D.I.). Cette mesure a permis de rassurer les intervenant.e.s sur la prise en charge rapide et efficace d'une situation à haut risque de létalité en plus d'avoir un impact concret auprès de la famille. Par ailleurs, la concertation clinique a généré des solutions concrètes pour répondre aux enjeux de sécurité, comme le nomme une intervenante auprès des femmes victimes de VC : la rencontre a permis de mettre en place « plusieurs scénarios de protection », d'évaluer « le risque d'homicide » et la structuration « d'un plan d'intervention plus complet ».

Outre les risques imminents pour les femmes et les enfants, l'importance d'assurer un filet de sécurité de manière plus continue à moyen terme ressort aussi comme une priorité, et ce, même après la fin des interventions offertes par les organismes impliqués. Une participante du secteur famille-enfance-jeunesse en première ligne souligne la « nécessité d'installer un filet de sécurité (et développer une créativité à cet égard) pour la femme et les enfants, analyser les impacts sur les enfants pour obtenir le soutien de la DPJ, prendre en compte les facteurs de sécurité et facteurs de risque ».

De manière plus globale, la sécurité des enfants représente un enjeu primordial et de nombreuses pistes de solution ont été proposées en ce sens, notamment en effectuant un signalement à la DPJ. Lorsque la sécurité des enfants était en jeu, le signalement a été fortement encouragé, ce qui a contribué la plupart du temps à rassurer les intervenant.e.s au dossier. Ils et elles sont rassurées à l'effet que des mesures de sécurité pourraient être mises en place pour assurer la sécurité des enfants.

Néanmoins, cela ne garantit pas complètement la sécurité des victimes et peut dépendre de la poursuite des rencontres de concertation ou non, comme l'indique une intervenante en MT, qui se sent « confiante dans les démarches à faire. De nouveaux éléments de sécurité ont ressorti [et mes] craintes se sont diminuées face aux impacts sur la mère [du] signalement ». Une autre intervenante en MT estime être « bien outillée pour assurer un meilleur filet de sécurité auprès de la famille » et se sentir « mieux éclairée sur la situation et plus confiante dans les démarches à appliquer (signalement) ». Enfin, la violence psychologique envers l'enfant a fait l'objet de plusieurs discussions sur le plan des répercussions à court et long termes et de la mise en place d'un suivi adéquat selon les besoins.

3.2.1.3 Facteurs contribuant à l'amélioration de la sécurité des victimes

En plus des éléments liés à la compréhension des enjeux de sécurité et la mise en place de mesures concrètes, les résultats émergeant des entretiens téléphoniques effectués ont fait ressortir quatre principaux facteurs contribuant concrètement à l'amélioration de la sécurité des victimes.

Facteur 1 : La reconnaissance et la compréhension de la VC est essentielle pour identifier les enjeux de sécurité et poser les bonnes actions.

La concertation clinique a permis aux intervenant.e.s ne travaillant pas spécifiquement dans le domaine de valider la présence de VC, d'en améliorer leur compréhension, de reconnaître et de cibler les enjeux de dangerosité afin de pouvoir ensuite être en mesure d'aborder ces enjeux avec la victime dans leurs interventions. Il a aussi été mentionné qu'il serait préférable que les concertations soient répétées dans le temps pour arriver à changer la tendance de certain.e.s intervenant.e.s à banaliser la dangerosité.

Aussi, la concertation clinique peut parfois influencer l'attitude des auteurs de VC par rapport aux services et rendre ainsi plus efficaces les efforts visant à assurer la sécurité des victimes. Dans un cas, la concertation a permis de rendre l'auteur de VC plus volontaire et transparent par rapport à la DPJ, ce qui a aidé à travailler plus efficacement l'amélioration de la sécurité et la diminution des risques de violence. Dans une autre situation, la concertation a été un des éléments ayant contribué à faire reconnaître la VC dans un jugement rendu par la cour.

[La présence] des collaborateurs externes neutres qui ont permis également de statuer sur la présence de la violence conjugale et d'arriver à la conclusion qu'il y avait de la VC. Ceci a fait une grosse différence. La concertation a été bien reçue par la juge qui a également statué sur l'existence de la VC dans le couple. La mère a pu être référée à une maison d'hébergement » (Intervenante DPJ).

Aussi, le fait de pouvoir utiliser davantage l'expertise des MH en VC amène également une meilleure compréhension de la VC et des enjeux vécus par la victime et cela a été mentionné significativement par les participant.e.s, ce qui démontre une conséquence positive directe de la concertation clinique :

« La présence de la maison d'hébergement a amélioré ou validé la compréhension de la VC. La relance de suivi a permis de voir si la première rencontre était efficace, ce qui était le cas » (Intervenante, Maison famille autochtone).

Facteur 2 : L'accès à des ressources spécialisées est nécessaire pour assurer la sécurité des victimes.

Dans plusieurs situations, la concertation clinique a permis aux victimes d'avoir accès à de nouvelles ressources d'aide liées à leurs besoins spécifiques, que ce soit d'une maison d'hébergement, de ressources en dépendance, en santé mentale pour traiter des traumatismes ou l'accès à l'IVAC.

« Je continue à avoir besoin de me référer à une ressource plus spécialisée, je souhaiterais continuer à pouvoir valider la perception, avoir d'autres suggestions d'approches, ou un avis juridique avec d'autres ressources s'il y a des situations similaires qui se présentent » (Intervenante, Maison famille autochtone).

Aussi, l'apport des expertises externes a permis de mieux comprendre certains enjeux pour des intervenant.e.s puisqu'aucun.e ne peut être expert.e dans tous les domaines. Plusieurs mentionnent que la concertation permet aux intervenant.e.s de mieux connaître les autres ressources et d'y faire appel plus efficacement.

La mise en place de ces ressources autour de la mère contribue à assurer sa protection et à construire un filet de sécurité plus solide. Par exemple, dans un cas précis, la mère a pu, grâce à la concertation clinique, avoir l'offre de visiter l'organisme pour conjoint ayant des comportements violents afin d'obtenir davantage d'informations sur les services donnés à son conjoint. Et plusieurs intervenant.e.s ont exprimé le souhait que ces façons de faire deviennent un réflexe pour le futur.

De plus, le portrait plus complet de la situation permet de constater plus efficacement les trous de services contrevenant à la sécurité des victimes. Par exemple, une intervenante a souligné que la concertation clinique a permis de constater que, dans les cas de VC à la cour, les conjoints ne sont pas automatiquement référés en thérapie et que cela serait nécessaire pour assurer la sécurité des victimes. C'était la première mobilisation collective visant à demander que cela soit fait plus systématiquement.

Facteur 3 : La concertation clinique favorise l'instauration d'un suivi à long terme permettant d'améliorer la sécurité à plus large échelle.

Plusieurs intervenant.e.s mentionnent que la concertation clinique a permis l'instauration d'un suivi à plus long terme et ce, en raison du fait que ces rencontres sont une occasion de mieux connaître les autres ressources et de s'y référer, notamment l'expertise des MH, comme par exemple lors de recrudescence de la VC ou l'émergence d'un nouvel enjeu de sécurité pour la femme ou l'enfant, et même parfois dans des cas présentant des enjeux similaires.

« Le suivi entre l'organisme de ressource hommes et le centre jeunesse a pu continuer sur le long terme suite à la rencontre de concertation. Très belle collaboration sur le long terme, ce qui a contribué à améliorer la sécurité et réduire les risques de violence. Le client est devenu plus volontaire. Cela a permis d'ajuster l'intervention beaucoup mieux grâce à la collaboration et a permis de mieux assurer la sécurité de l'enfant » (Intervenant.e.e ressource pour conjoints violents).

« La concertation a aidé à créer la transition quand les services seraient finis à la maison d'hébergement. Suite à la référence proposée à la rencontre de concertation, la mère a une intervenante qui la suit sur le long terme. D'avoir un contact avec cette travailleuse sociale, ça nous a aidé à beaucoup désamorcer la situation pour voir venir les éventuelles difficultés. Cela m'a permis de faire des interventions rapides et d'ajuster mon intervention suite à mes échanges avec l'intervenante. J'ai été bien plus au courant de ce qui se passait qu'avec d'autres de mes patients et cela m'a permis une grande économie de temps » (Médecin, hôpital Rosemont).

Dans plusieurs cas, la collaboration entre les ressources a été maintenue ce qui a permis d'améliorer la sécurité sur le plus long terme. La connaissance des rouages internes propres aux autres organismes permet aussi d'être plus stratégique dans ses efforts pour défendre les intérêts et la sécurité des femmes et enfants.

Facteur 4 : La concertation clinique entraîne des changements concrets dans les pratiques au bénéfice des victimes.

Les participant.e.s interrogé.e.s ont nommé que le partage d'information a permis des interventions davantage axées sur la sécurité des femmes et enfants, en tenant compte de l'ensemble des facteurs, qu'il s'agisse :

- γ De faire un signalement à la DPJ ;
- γ De mettre en place un scénario de protection au cas où le conjoint reviendrait chez la femme ;
- γ Désamorcer une crise ;
- γ D'améliorer ou d'augmenter la supervision lors des contacts ou visites entre l'enfant et son père auteur de VC ;
- γ L'accès à une experte en toxicomanie a permis à l'organisme pour conjoints de savoir comment questionner adéquatement le lien entre consommation et comportement violent (en effet bien que la consommation ne soit jamais la cause de la violence, elle peut exacerber la dangerosité du conjoint).

La concertation clinique favorise la réflexion en groupe, ce qui a eu un effet direct sur les interventions, qui sont devenues mieux adaptées aux besoins des victimes et, par conséquent, améliore la sécurité des femmes et des enfants.

« La concertation (...) a permis d'assurer une communication auprès de toutes les intervenantes. S'assurer que le filet de sécurité a désamorcé des crises. Le maintien du contact par la suite. Elle est bien entourée. Être vigilant en cas de nouvelle agression de l'ex-conjoint » (Intervenante, MH).

« Suite à la rencontre de concertation et aux interventions de la DPJ, l'impact de la supervision des enfants a été accrue pendant les visites » (Intervenante PSM, CIUSSS).

3.2.2 La concertation améliore la pratique

Encore ici, les résultats qualitatifs s'avèrent fort utiles pour mieux comprendre pourquoi 87,9% des intervenant.e.s considèrent que la stratégie de concertation ou de consultation clinique permet d'améliorer la pratique. Entre autres, le fait que la concertation clinique leur permet de développer une meilleure compréhension de la VC et des enjeux vécus par la victime, favorise une intervention mieux ciblée et en meilleure adéquation avec les besoins des familles, ce qui est en cohérence avec les résultats quantitatifs (Tableau 5).

« La présence de la maison d'hébergement en VC m'a permis de mieux comprendre les enjeux dont la victime peut être habitée. La rencontre m'a permis d'avoir une vision plus globale et nuancée » (intervenante en MT).

De manière générale, la complexité des cas référés a souvent été notée par les intervenant.e.s lors des rencontres, qui s'accordaient sur l'importance de la concertation dans des situations difficiles où plusieurs concomitances s'imbriquent. Ceci représenterait même une base importante incitant à sa mise en place, étant donné que les dossiers comportant des dimensions multi problématiques sont particulièrement difficiles. Dans ce sens, une intervenante auprès des hommes auteurs de violence signale plusieurs difficultés, comme la présence « de multiples problématiques, l'impulsivité du conjoint, la complexité du dossier » en mettant ainsi l'accent sur « l'importance de se concerter ». La complexité de chaque cas augmente donc parallèlement au nombre de concomitances.

L'apport des expert.e.s externes quant au diagnostic et aux informations pertinentes à leurs champs d'expertise a donc été particulièrement apprécié et pris en compte. Une intervenante auprès des femmes victimes de VC fait référence à un véritable « carrefour d'expertises » permettant de trouver des « solutions ciblées aux différents problèmes identifiés ». L'idée de la collaboration à travers une optimisation des connaissances de toutes les ressources présentes est nommée également : « (...) on doit travailler en concertation pour vraiment mettre en valeur toutes les ressources disponibles pour aider nos familles » (intervenante auprès des femmes victimes de VC).

Ainsi, l'intervenant.e référent.e gagne en compréhension à travers la prise en compte des différents éléments et des enjeux parfois complexes qui ne relèvent pas toujours de son secteur d'expertise. Comme le souligne une intervenante auprès des femmes victimes de VC « il est toujours aidant de savoir le regard des autres experts ». Aussi, le fait de mieux connaître nos partenaires fait en sorte que les échanges peuvent nous amener vers de nouvelles pistes et, par conséquent, améliorer la pratique comme en témoigne une intervenante en MT: « cela amène des pistes d'intervention auxquelles je n'avais pas songé. Cela fera en sorte que mon intervention sera plus complète ».

Une analyse plus globale de la situation et une intervention plus ciblée et plus adéquate permet donc d'ajuster l'intervention et d'apporter de nouvelles pistes de solutions grâce, entre autres, à l'apport des expert.e.s externes et selon une intervenante en PC, la concertation clinique lui permet de « connaître mieux certains services et surtout leurs visions et expériences de la problématique » pensant que cela lui « permet d'élargir la sienne ». La présence d'expert.e.s externes sur les problèmes cooccurrents permet de compléter l'expertise de l'intervenant.e au dossier qui a demandé la concertation, et par conséquent, d'atteindre une analyse plus globale et complète de la situation. Comme le nomme une intervenante auprès des femmes victimes de VC : « même si nous avons des connaissances communes, nous sommes aussi spécialisés et c'est le partage des connaissances plus pointues, de réfléchir ensemble... [qui] nous nourrit les unes les autres pour trouver des hypothèses et pistes de solutions ».

De plus, le fait de se rencontrer et de réfléchir ensemble dans le cadre de ces rencontres, permet aux intervenant.e.s de clarifier les rôles et les mandats de chacun.e, de mieux connaître les ressources pour faire des références ce qui a pour effet de faciliter le partenariat et la collaboration au présent et pour le futur. Ceci correspond aux résultats quantitatifs (Tableau 6). Et bien que la présentation des autres partenaires qui se fait en début de rencontre ne constitue pas l'objectif premier du projet, cela a permis de conscientiser les intervenant.e.s à la complémentarité comme le soulignent plusieurs :

« Avoir l'avis des différents partenaires impliqués dans la situation permet d'avoir le regard de chaque « expert » face à une même situation. Savoir ce que l'autre « regarde », « travaille » permet de mieux nous ajuster, nous adapter à la situation » (Intervenante en MT).

3.2.3 Le modèle de concertation clinique est un modèle à adopter

Finalement, l'amélioration de la sécurité et de la pratique représentent deux éléments primordiaux expliquant le succès du modèle de concertation clinique et l'engouement des intervenant.e.s ayant participé à le percevoir comme une stratégie qui mériterait d'être appliquée sur le long terme. Les raisons qui expliquent que toutes les intervenant.e.s (100 %) considèrent que le modèle devrait être développé plus largement et pérennisé sont grandement basées sur le fait que cela constitue un précieux soutien clinique pour les intervenant.e.s qui travaillent dans les dossiers complexes de concomitance. Plus précisément, les intervenant.e.s ont apprécié de pouvoir briser le travail en silo, mal vécu face à des dossiers complexes, et de bénéficier désormais de la possibilité d'échanger avec d'autres intervenant.e.s et experts externes. Les échanges avec leurs collègues ayant cours dans le cadre des rencontres de concertation clinique permettent de partager les responsabilités et ainsi de diminuer le stress et la préoccupation reliée au dossier. Une intervenante auprès des femmes victimes de violences souligne ainsi plusieurs éléments comme les « (...) ressources et services qui s'avèrent complémentaires, la vision globale [qui] adresse la situation au fur et à mesure », ainsi que le pouvoir de « diminuer la pression qui incombe aux intervenant.e.s quant au travail en silo ».

Le fait de partager les responsabilités, de collaborer permet aussi d'éviter les dédoublements et les incohérences dans l'intervention. L'idée d'arrimer les interventions, de les faire mieux concorder et ainsi gagner en cohérence est nommé par plusieurs intervenant.e.s :

« Oui, en effet, je crois que c'est un atout considérable qui peut assurément prévenir des situations dramatiques, arrimer les interventions, [apporter plus de] cohérence, prévenir et partager la responsabilité des professionnels » (Intervenante auprès des femmes victimes de VC).

« La meilleure façon de créer le partenariat, prévenir le pire, aider à résoudre les problèmes courants, créer un réseau, démystifier les rôles et clarifier les mandats » (Intervenante auprès des femmes victimes de VC).

D'ailleurs, plusieurs intervenant.e.s considèrent que la concertation a eu des retombées positives et que certaines idées et solutions pourront être transposées dans d'autres situations semblables. Des professionnel.le.s présent.e.s mentionnent détenir davantage d'outils en leur

possession suite à la concertation pour leur pratique quotidienne et non seulement pour le dossier traité, ce qui représente un impact indirect durable. On peut nommer notamment l'importance de « différents points de vue, différentes perspectives par rapport à un cas en particulier, qui enrichissent toujours notre pratique en général » (Intervenante en VC auprès des femmes).

Les rencontres de concertation permettent aux intervenant.e.s de proposer des stratégies ou des outils d'intervention à travers des pistes de solutions grâce, notamment, à l'apport de nouveaux éléments de la situation apportés lors de la rencontre de concertation. Parmi les résultats concrets, suite aux rencontres de suivi, il s'avère qu'une grande partie des pistes de solutions ont été appliquées à la seconde rencontre, les intervenant.e.s estimant avoir bénéficié d'un soutien clinique intersectoriel important. Les bénéfices concrets directs suite à la première rencontre de concertation clinique ou sur une plus longue durée suite à la seconde rencontre expliquent le fait que 100 % des intervenant.e.s estiment qu'il s'agisse d'une stratégie d'action à développer. La diffusion du modèle, sa pérennisation et sa systématisation impliquent une intégration dans les pratiques qui est souhaitée par les participant.e.s. Selon une intervenante en PC, « le modèle de concertation « devrait être accessible à l'échelle du Québec/Canada ». Celle-ci croit également que ce serait « fort intéressant que ce mécanisme soit intégré dans les services publics avec un animateur neutre, mais au fait de chacune des problématiques auquel nous pourrions nous référer ». Une autre intervenante en MT conclut que ce modèle devrait « être appliqué de façon plus systématique ».

3.2.4 Éléments facilitants et défis observés

3.2.4.1 Les éléments facilitants

Parmi les éléments qui ont été reconnus comme étant facilitants lors des rencontres, se retrouvent : la clarté du cadre de la rencontre, la connaissance des dossiers, la préparation des intervenant.e.s, le climat général lors de la rencontre ainsi que l'attitude des participant.e.s (ouverture, respect, etc.) comme le nomment plusieurs intervenant.e.s :

« Attitude d'ouverture, objectif commun, ordre du jour et plan de la rencontre clair » (Intervenante auprès des conjoints violents).

« Le respect présent, l'écoute, les « tâches » de chacun bien distinctes, mais en même temps allant dans le même sens », mais sur différents plans (femmes, enfants, processus judiciaire, etc.) » (Intervenante en MT).

« Respect des compétences de chacune. Ouverture et échanges constructifs » (Intervenante en MT).

L'animation centrée sur l'objectif, avec un enlignement clair a aussi été identifié comme facilitant la concertation clinique :

« L'animation a aidé pour bien structurer et ne pas s'éparpiller » (Intervenante auprès des femmes victimes de VC et enfants).

Plusieurs intervenant.e.s soulignent que le fait de ramener systématiquement les échanges vers les objectifs de la rencontre permet de ne pas se décentrer et d'atteindre les résultats souhaités. De plus, la collaboration et le réel intérêt convergent des participant.e.s pour trouver une solution permettant de venir en aide aux femmes victimes et leurs enfants a certainement représenté un facteur essentiel.

3.2.4.2 Les mandats divergents des partenaires : ni facilitant, ni obstacle, mais justification de la pertinence

La grande majorité des participant.e.s ne signalent pas de divergences d'opinions pendant la rencontre et les différences notées n'ont pas empêché le bon fonctionnement des rencontres de concertation et ont permis aux intervenant.e.s d'accomplir les objectifs souhaités puisque chaque rencontre s'est conclue par des pistes d'action concrètes. Cependant, quelques observations peuvent être faites suite à certains commentaires des intervenant.e.s présent.e.s.

D'abord, certain.e.s ne s'entendent pas sur les démarches, les interventions ou les actions à mettre en place. Par exemple, une intervenante en PSM souligne que « les objectifs thérapeutiques sont différents avec la DPJ (médecin, intervention en PSM) ». Ensuite, on peut également supposer que les divergences constatées lors des rencontres puissent s'atténuer grâce au fait que les intervenant.e.s ont eu une occasion d'expliquer aux autres leur façon de faire et d'avoir leur rétroaction de façon à améliorer leur pratique par la suite. Enfin, une grande majorité de participant.e.s s'accordent sur les définitions en VC et se fondent sur un cadre théorique cohérent pour appuyer leurs interventions. Toutefois, il arrive que certain.e.s professionnel.le.s n'aient pas suffisamment de connaissances en VC ou encore, peuvent parfois avoir une compréhension distincte de la situation. Notons que cette différence est préalable et préexistante à la mise en place de la rencontre puisque les désaccords idéologiques existent déjà sur le terrain (avant la mise en place de la concertation clinique). Aussi, ces enjeux viennent donner plus de poids à la pertinence de se concerter afin que l'intérêt collectif pour la sécurité des victimes puisse transcender les débats idéologiques.

3.2.4.3 La concertation : un gain de temps sur le long terme.

Le manque de temps et la surcharge des intervenant.e.s ont souvent été mentionnés comme des motifs justifiant le refus de participer au démarrage du projet, mais il s'avère que les rencontres ont permis de gagner plusieurs mois de travail grâce aux nombreuses nouvelles informations et pistes de solutions identifiées lors de la concertation clinique. Comme le souligne une intervenant.e auprès de conjoints violents, elle a « vraiment vu des impacts positifs, cela demande du temps pendant la rencontre, mais cela permet de gagner du temps sur le long terme ».

Chapitre IV : Discussion

4.1 Interprétation des résultats à la lumière des écrits scientifiques et théoriques

Les résultats émanant du projet de recherche ont permis de rendre compte de certains besoins fondamentaux dans l'intervention face aux cas complexes de VC et de mettre en évidence la pertinence de la concertation clinique pour soutenir l'intervention.

Ce constat est cohérent avec les différents écrits recommandant davantage de collaboration entre les ressources dans les dossiers de cooccurrence (Bromfield et al., 2010 ; Dumont, 2018 ; Lessard et al., 2006, 2012, 2014, 2018 ; Mason & DuMont, 2015 ; Mason et al., 2017). Au démarrage du projet, seules les rencontres de concertation (versus les rencontres de consultation) devaient donner lieu à des rencontres de suivi, mais il a été rapidement observé que les intervenant.e.s et les expert.e.s présent.e.s aux rencontres de consultation demandaient systématiquement la mise en place d'une rencontre de suivi. En effet, ces rencontres permettaient de faire le point sur les pistes de solution évoquées lors des premières rencontres, d'effectuer un suivi efficace quant à l'avancement du dossier traité et d'apporter des ajustements lorsque nécessaire. Quelle que soit la région de l'organisme de référence, chaque rencontre de concertation clinique a permis de trouver de nouvelles pistes d'intervention et de solutions pour améliorer la sécurité et la pratique. Les résultats du projet mettent en évidence deux principaux constats. Premièrement, la concertation est essentielle pour atténuer le « clash culturel » entre les différents organismes. Deuxièmement, la mise en place de mécanismes de concertation structurés et systématiques améliore l'offre de services aux familles concernées en lui permettant d'être mieux intégrée et d'être en meilleure adéquation avec leurs besoins. Ces deux aspects sont développés ci-après, en concluant par la suite avec les forces et les limites du projet.

4.1.1 Les pratiques concertées permettent d'atténuer le « clash culturel ».

Chaque intervenant.e est spécialisé.e dans son secteur d'intervention, mais n'a pas nécessairement tous les outils nécessaires pour agir au niveau des multiples problèmes présents dans les situations de cooccurrence et ainsi répondre à l'ensemble des besoins des femmes victimes de VC et de leurs enfants. Par ailleurs, tel que vu au chapitre 1, la présence de multiples cooccurrences, qui constitue plutôt la norme que l'exception en VC (Estefan et al., 2013 ; FMHF, 2014 ; Lavergne et al., 2018 ; Nathanson et al., 2012) peut générer de nombreux défis au niveau de l'offre intégrée et cohérente pour les femmes victimes et leurs enfants, notamment en raison de la présence du « clash culturel »³ (Humphreys et coll., 2005). En effet, la différence d'approche entre intervenant.e.s a représenté une limite au commencement du projet constituant parfois une cause du refus de participer chez certains organismes. Néanmoins, les craintes exprimées quant à une compréhension partiellement divergente au démarrage du projet s'avèrent, au fur et à mesure de l'avancement du projet, ne pas poser de problème quant à un déroulement fluide de la rencontre de concertation. Des rencontres de présentation du projet expliquant clairement les objectifs pragmatiques du projet ont permis de recruter davantage de participant.e.s. Ceux-ci sont ainsi atteints à savoir une sécurité optimisée des femmes victimes de VC ainsi que de leurs enfants.

La concertation est d'ailleurs probablement encore plus importante dans les situations où les divergences sont plus grandes au départ puisque des auteur.rice.s ont souligné que les « clash culturels » constituent un problème majeur dans les efforts d'assurer la sécurité des victimes (Humphreys et al., 2005 ; Mason et al., 2017). Un des éléments qui contribue à atténuer ces divergences est la méthode de l'animation centrée sur l'objectif qui a permis de recentrer les échanges sur la sécurité des femmes et des enfants et d'éviter le piège des discussions qui ne permettent pas d'atteindre les objectifs. Cette méthode très structurée a été mise en place dans les cas où les idéologies divergent (Amblard, Bernoux, Herreros, et Livian, 1996). L'animateur.rice

3 Ce concept fait référence à différentes approches au niveau de l'intervention.

pouvant reformuler les propos des intervenant.e.s pour les ramener à l'objectif et capter ainsi l'intérêt des autres participant.e.s à contribuer à l'élaboration des solutions collectivement identifiées. L'ancrage théorique du projet a montré sa pertinence et son efficacité dans les cas complexes de cooccurrence, comme nous avons pu l'observer à travers la présentation des résultats au chapitre précédent. En effet, la méthode de l'animation centrée sur l'objectif serait, selon les intervenant.e.s, un déterminant essentiel ayant permis le succès de l'application du modèle de concertation clinique.

Puisqu'un manque de connaissances en VC ou dans l'une ou l'autre des problématiques associées peut entraîner une intervention non adaptée auprès de la famille (Mason & DuMont, 2015), la concertation clinique permet aux intervenant.e.s expert.e.s en VC d'informer et de partager leurs connaissances lors de ces rencontres. Parallèlement, leurs compréhensions des situations sont enrichies par l'apport des autres intervenant.e.s expert.e.s des problématiques associées, et ce, dans un but commun de comprendre avec plus de finesse l'ensemble des enjeux et des particularités observées dans chaque situation clinique. Ceci permet ainsi une intervention plus cohérente auprès de la famille tout en impliquant une prise en considération plus importante de la VC et des enjeux de sécurité.

Les participant.e.s à deux recherches menées aux États-Unis auprès d'intervenant.e.s en protection de l'enfance et en dépendance estimaient que les intervenant.e.s n'avaient pas la formation et les connaissances nécessaires en VC pour mener efficacement des évaluations, contribuant ainsi à des pratiques contre-productives ou autrement déconseillées (Mennicke et al., 2019). Le manque de communication, de connaissance des missions des organismes selon les secteurs et le manque de formation peuvent nuire à la collaboration. Pour faciliter la collaboration entre les différents secteurs (VC, MT, PC), certains éléments devraient être renforcés comme les échanges d'idées, le pouvoir équilibré ainsi que le partage dans la prise de décision. Une formation en VC ainsi qu'une meilleure compréhension des rôles et missions des organismes des différents secteurs serait également un atout afin d'améliorer la collaboration (Langenderfer-Magruder et al., 2019). Ainsi, les situations cliniques complexes doivent être analysées avec plus de finesse pour tenir compte de l'ensemble des enjeux et particularités propres à chaque situation. Ceci permet une intervention plus cohérente auprès de la famille impliquant une prise en considération plus importante de la VC. Puisqu'une étude récente montre que les situations de cooccurrence de la VC avec d'autres difficultés seraient présentes dans un cas sur deux tant dans la population générale que celle suivie par la DPJ (Lavergne et al., 2018), il apparaît urgent d'avoir accès à un modèle permettant de traiter et de répondre de façon cohérente à ces situations. De la même façon que les rencontres de concertation clinique permettent d'avoir une meilleure compréhension de la VC, l'apport des autres expertises présentes (PSM, PC, etc.) font en sorte que les autres enjeux présents dans les situations de cooccurrences sont mieux saisis par l'ensemble des intervenant.e.s présent.e.s. Ceci permet une appréhension plus éclairée de la complexité de la situation dans son ensemble.

4.1.2 Établir des pistes de collaboration clinique pour favoriser de nouvelles pistes d'intervention et tendre vers une offre de services mieux intégrée

Plusieurs forces sont ressorties de ce projet, notamment au niveau de l'établissement de pistes de collaboration dans le but de favoriser des interventions concertées auprès des femmes victimes de VC et leurs enfants. Parmi celles-ci, il y a l'émergence de solutions concrètes lors des rencontres de concertation ou de consultation clinique qui ont été proposées et appliquées.

Concernant les pistes de solution mises en place, les plus courantes étaient : l'identification de nouvelles ressources pertinentes à mobiliser, des stratégies pour accompagner les membres des familles concernées vers ces ressources (maison d'hébergement, ressource en santé mentale, dépendance, etc.), la possibilité de consulter la DPJ, le fait de solliciter le soutien de la police, etc. Ces solutions apportées peuvent avoir des impacts positifs notamment pour optimiser la sécurité des femmes et des enfants et leur bien-être. Comme plusieurs auteurs le font ressortir (Bauer et al., 2013 ; Bourassa et al., 2008 ; Bromfield et al., 2010 ; Cleaver et al., 2011 ; Holmes, 2013 ; Humphreys et al., 2005 ; Stover et al., 2013), la cooccurrence de VC avec d'autres problèmes associés peut accentuer la sévérité des conséquences chez les victimes. C'est pourquoi la concertation clinique est recommandée pour discuter ces enjeux et mettre en place un filet de sécurité dans les situations de cooccurrence de VC avec des PSM ou PC. En ce sens, une réponse intégrée est nécessaire pour soutenir la sécurité des femmes et des enfants. (Humphreys 2007, p. 8). Cela permettrait aux différents services de combiner leurs forces pour répondre par exemple aux besoins des enfants qui ne sont plus exposés à la VC, mais qui ont encore besoin d'un soutien émotionnel et pour faire face aux effets de la violence (Zannettino et McLaren, 2014).

4.2 Forces et limites de la stratégie de collecte et d'analyse de données

Malgré un déroulement fluide du projet, quelques forces et limites du projet ont été constatées. Nous avons observé que certains organismes ne souhaitant pas participer au départ ont participé avec quelques mois de retard au processus soit en tant qu'expert.e externe ou intervenant.e au dossier. De plus, certaines intervenant.e.s participant.e.s estiment que les échanges lors des rencontres et les nouvelles pistes de solution qui en découlent représenteraient parfois des mois de travail visant à regrouper toutes les informations et à mieux comprendre les autres problèmes vécus par les femmes et leurs enfants. Soulignons que la réflexion menée en silo d'un.e intervenant.e se trouvant confrontée à une problématique multifactorielle peut se révéler parfois complexe et anxiogène lorsque tous les paramètres ne sont pas maîtrisés. Si la concertation vise d'abord la sécurité des victimes, elle permet aussi de fournir de nouvelles pistes ou de rassurer l'intervenant.e sur ses actions, ce qui s'avère être un gain de temps sur le long terme.

De plus, considérant que la VC est majoritairement prise en charge par les organismes communautaires en VC, cette participation des milieux institutionnels témoigne de l'importance de la concertation pour ces derniers même s'ils desservent des clientèles confrontées à une grande diversité de problématiques. La plus grande facilité à rejoindre les organismes communautaires a probablement été l'élément principal expliquant le plus grand nombre de participant.e.s venant de différents organismes. Les milieux communautaires ont une structure interne plus simple et moins hiérarchique ce qui permet de rejoindre facilement les instances décisionnelles, alors que dans les milieux institutionnels, il faut contacter plusieurs niveaux décisionnels et obtenir diverses autorisations avant d'accéder aux intervenant.e.s afin de pouvoir leur présenter le projet. Par contre, lorsque des présentations ont été faites dans les différents milieux institutionnels, un nombre important d'intervenant.e.s signalaient des cas de concomitances de problématiques et plusieurs ont participé. La difficulté à rejoindre certains milieux institutionnels au démarrage du projet rappelle l'importance d'avoir une personne-ressource chargée de la concertation et du dossier VC dans chaque établissement de services, mesure qui a d'ailleurs été incluse dans le plus récent plan d'action en VC (Gouvernement du Québec, 2018).

Outre l'enjeu du temps, il importe aussi de souligner le fait que les intervenant.e.s qui ont participé au projet étaient tou.te.s volontaires, donc probablement plus intéressé.e.s par la concertation clinique que les intervenant.e.s ayant choisi de ne pas participer. La compensation financière offerte aux expert.e.s externes grâce au financement du projet a pu influencer favorablement la participation, mais il est peu probable que les intervenant.e.s aient participé uniquement pour cette raison. Ceci est à la fois une force et une limite du projet. C'est une force dans la mesure où, dans une perspective de pérennisation, les intervenant.e.s déjà un peu convaincu.e.s des bénéfices ont pu réaliser encore plus concrètement les gains de la concertation clinique avec les autres ressources, et ainsi devenir des ambassadeur.rice.s dans leurs milieux respectifs pour en convaincre d'autres.

Ce sont les étapes d'intéressement et de mobilisation décrites dans le cadre théorique du projet, démarche qui empêche donc l'échantillon d'être considéré comme représentatif de l'ensemble des intervenant.e.s ou organismes concernés par le projet.

Par contre, il aurait été difficile, voire impossible, d'appliquer cette dernière stratégie en raison des critères de participation au projet : il fallait avoir dans sa charge de cas une situation de cooccurrence de la VC avec des MT, PSM ou PC. Or, il est impossible d'avoir accès en temps réel à tous les dossiers cliniques suivis par les différentes ressources (les dossiers bougent constamment avec des nouveaux et d'autres qui se ferment) pour en tirer une liste complète et en faire une sélection au hasard. Ainsi, la stratégie d'échantillonnage, bien qu'elle comporte certaines limites, demeure celle qui était la plus optimale et réalistement faisable.

Concernant les stratégies de collecte et d'analyse, il nous est apparu comme une richesse d'avoir retenu une méthodologie mixte comprenant à la fois du quantitatif (pour pouvoir doser le degré d'atteinte de chaque objectif principal) et du qualitatif (pour aider à interpréter la signification des résultats quantitatifs et approfondir l'analyse des résultats). Par ailleurs, il aurait été intéressant de prévoir dès le départ d'avoir des entrevues semi-dirigées avec les intervenant.e.s, car malgré la qualité et la richesse des données qui ont pu être générées par les questions ouvertes, il demeure que le questionnaire génère souvent des réponses plus courtes qu'une entrevue. Ainsi, il a été nécessaire de faire un accord inter juges pour certaines catégories de la codification et, parfois, décider de classer un extrait dans deux catégories lorsqu'il pouvait avoir deux sens.

Par ailleurs, les onze entretiens qualitatifs réalisés au printemps 2020 ont permis de rendre compte de l'amélioration de la sécurité des femmes et de leurs enfants de façon effective suite à la tenue des rencontres de concertation. Davantage d'entretiens auraient permis certainement de confirmer ces résultats étant donné la prise en compte de la diversité des régions ainsi que des secteurs de pratique. Les thèmes permettant d'améliorer la sécurité ont été soulignés par plusieurs intervenant.e.s.

Enfin, une dernière limite qu'on pourrait soulever est la complexité de gérer des terrains dans trois régions différentes, en tentant d'arrimer les besoins différents d'une table à l'autre. Certaines régions souhaitent être informées plus souvent de l'avancement du projet, d'autres veulent attendre les résultats à la fin parce que les rencontres mensuelles sont trop chargées pour inclure un point statutaire sur le projet à chaque rencontre, ou même trimestriellement. Le calendrier des rencontres et leur contenu est souvent déterminé un an à l'avance. De plus, les coordinations des tables impliquées dans le projet ont changé au cours du projet ce qui a complexifié les communications.

Enfin, il a été nécessaire de maintenir des contacts fréquents avec la responsable de notre dossier au Ministère des Femmes et de l'Égalité des Genres, en particulier pour s'assurer de bien satisfaire les attentes du bailleur de fonds.

Chapitre V : Conclusion et Recommandations

Le projet expérimenté constitue une pratique proposée afin de répondre aux différents défis qu'amènent les situations de VC qui présentent des cooccurrences telles que le PSM, les PC et la MT, dans le but d'optimiser la sécurité des femmes et des enfants victimes de VC. La présence d'un « clash culturel » (Humphreys et coll., 2005) qui provient du développement en parallèle des différentes expertises (VC, MT, PSM et PC) et les stratégies distinctes concernant la réponse aux besoins des personnes constitue un défi important pour la concertation clinique dans les situations de cooccurrences. En réponse à ces défis, la sociologie de l'innovation propose un processus qui permet d'atténuer le « clash culturel » présent entre les différentes ressources, notamment grâce au partage des connaissances et des expertises, à la présence d'une méthode d'animation centrée sur l'objectif, ainsi qu'à la présence d'objectifs clairs et partagés par l'ensemble des intervenant.e.s.

Les résultats de la recherche ont permis de constater que les pratiques concertées contribuent, selon les intervenant.e.s, à améliorer la sécurité des femmes et des enfants, ainsi que la qualité des pratiques d'intervention, par une meilleure compréhension des problématiques ainsi que des différentes ressources disponibles. Ils ont démontré que le bénéfice le plus important de la concertation clinique est l'amélioration de la sécurité des femmes et des enfants victimes de violence conjugale. La concertation clinique amène une meilleure compréhension des enjeux de sécurité et de la dangerosité et permet la mise en place de mesures de sécurité. En plus de la sécurité, les participant.e.s au projet considèrent que la stratégie de concertation clinique permet d'améliorer la pratique et qu'il s'agit d'un modèle à développer et à pérenniser, car il constitue un précieux soutien clinique pour les intervenant.e.s qui travaillent dans les dossiers complexes de concomitance, en plus d'entraîner des changements concrets dans les pratiques, au bénéfice des femmes et des enfants par des interventions davantage axées sur leur sécurité, en tenant compte de l'ensemble des facteurs.

De façon générale, les participant.e.s au projet estiment que la mise en commun des expertises dans le cadre de la concertation clinique a un impact positif sur la sécurité par :

- Le déploiement d'un filet de sécurité plus solide, avec la mise en place de plus de ressources autour des mères et des enfants ;
- Le constat des trous de services pour assurer la sécurité des victimes ;
- L'apport des expertises externes pour améliorer la compréhension de certains enjeux puisqu'aucun.e intervenant.e ne peut être expert.e dans tous les domaines.

Les participant.e.s au projet ont identifiés des facteurs spécifiques qui contribuent à l'amélioration de la sécurité, soit :

- La reconnaissance et la compréhension de la violence conjugale est nécessaire pour identifier les enjeux de sécurité et poser les bonnes actions ;
- L'accès à des ressources spécialisées est nécessaire pour assurer la sécurité ;

- γ La concertation clinique favorise l'instauration d'un suivi à long terme permettant d'améliorer la sécurité à plus large échelle ;
- γ La concertation clinique entraîne des changements concrets dans les pratiques au bénéfice des victimes .

En plus des risques à plus court terme, la pertinence, voire l'importance de mettre en place un filet de sécurité en continu a été identifié comme une priorité par les intervenant.e.s, ce que permet la concertation clinique. Des efforts devraient continuer d'être investis pour poursuivre le développement des connaissances et des interventions dans ce domaine prioritaire pour le bénéfice des femmes et enfants victimes de VC.

À la lumière de ces résultats, la TCVCM souhaite donc que la concertation clinique soit reconnue comme faisant partie intégrante de la pratique et que des mesures concrètes soient mises en place afin de permettre son développement et sa pérennisation.

Recommandation 1

Que le MSSS développe une offre de services intégrée et cohérente dans chaque région du Québec permettant la mise en place de la concertation clinique intersectorielle ainsi que des suivis continus des interventions avec la mise en place des éléments suivants :

- γ L'intégration de la concertation clinique dans les protocoles cliniques au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ;
- γ La reconnaissance de la concertation clinique dans la description de tâches des intervenant.e.s et ce, autant du milieu institutionnel que communautaire.. En ce sens, prévoir un % des postes d'intervention dédié à celle-ci dans leur financement et le dégagement des intervenant.e.s afin de participer à ces rencontres, avec un mandat clair de leur organisation et la capacité de prendre des décisions, au besoin ;
- γ La mise sur pied d'un comité de concertation clinique permanent ;
- γ L'attribution et le financement d'une tâche d'animation et de coordination désignée ;
- γ Le dédommagement financier des expert.e.s externes ;
- γ Le financement adéquat et récurrent de la concertation clinique;
- γ Le financement et la consolidation des tables de concertation en violence conjugale régionales.

Recommandation 2

Que le MSSS procède à la nomination d'une personne ressource responsable du dossier de la violence conjugale dans chaque CISSS/CIUSSS (mesure 31 du plan d'action en violence conjugale). Et que parmi ces mandats, cette personne participe aux concertations régionales et ce, afin de favoriser la participation active des CISSS/CIUSSS (par l'entremise de la personne ressource en violence conjugale).

Recommandation 3

Dans le but d'améliorer les connaissances en violence conjugale, que de la formation en continu sur la violence conjugale soit offerte aux intervenant.e.s des divers domaines d'intervention, par exemple en protection de la jeunesse, en santé mentale, en services de première ligne en enfance-famille-jeunesse.

Recommandation 4

Que l'accès aux diverses ressources spécialisées (violence conjugale, santé mentale, dépendance, etc.) qui se trouvent principalement dans le milieu communautaire soit facilité et amélioré, en les finançant adéquatement pour répondre aux besoins de la population.

Les résultats et les recommandations de la présente recherche vont dans le sens de constats et de recommandations de deux rapports sortis en décembre 2020, soit le rapport du Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale, du Bureau du coroner et le rapport du Comité d'expert.e.s sur l'accompagnement des victimes d'agressions sexuelles et de violence conjugale, notamment sur l'importance de :

- ⤵ La mise en place des services intégrés, qui passe notamment par une meilleure connaissance des ressources d'aide et de protection, de la circulation de l'information et de la synergie entre les ressources impliquées ;
- ⤵ La sensibilisation et la formation spécialisée en violence conjugale sont des éléments incontournables pour mieux la détecter, évaluer les risques et rehausser les compétences des intervenant.e.s ;
- ⤵ L'amélioration du filet de sécurité pour prévenir la violence conjugale, qui s'articule par une intervention précoce et la capacité à reconnaître les facteurs de risque.

De plus, dans le rapport du Comité d'examen des décès liés à la violence conjugale, dans 7 des 10 cas analysés, il y avait présence de cooccurrences, soit des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance. Aussi, des ressources avaient été consultées ou étaient intervenues dans la grande majorité des cas. Selon le comité, il y a eu plusieurs occasions manquées et la prévention de la violence conjugale et des homicides passe nécessairement par la concertation et la convergence des ressources impliquées.

Par ailleurs, le présent projet de recherche comporte des similitudes avec les cellules de prévention des homicides en contexte conjugal, qui existent dans certaines régions du Québec, quoique la proposition de cette concertation clinique est d'agir davantage en amont dans la trajectoire de prévention. C'est pourquoi la mise en place de la concertation clinique telle que proposée dans les recommandations permettrait d'adopter une approche préventive plus large et en complémentarité avec les cellules prévention des homicides en contexte conjugal et ainsi se positionner dans une approche globale pour améliorer la sécurité. Selon la TCVCM, ces deux structures de concertation clinique et de prévention des homicides devraient s'inscrire dans un continuum de concertation et de collaboration intersectorielle au sein duquel s'insère également la concertation au sens large, telle que mise en place par les tables de concertation actuelles en violence conjugale puisque lorsque la concertation est présente dans les milieux, les réflexes de se référer à des partenaires est plus systématique.

Références

- À cœur d'homme (2017). Portrait statistique 2016-2017 des organismes membres. Québec, Canada: à cœur d'homme – Réseau d'aide aux hommes pour une société sans violence
- Alvarez-Lizotte, P., Lessard, G., Lévesque, S., Lavergne, C., Dumont, A. (2018). *Expériences et besoins de mères, de pères et d'adolescents vivant à la fois de la violence conjugale et des difficultés liées à la santé mentale ou à la consommation des parents*. Fiche synthèse recherche, no 21. http://www.criviff.qc.ca/sites/criviff.qc.ca/files/fiche_no_21_-_mai_2018.pdf
- Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G., & Livian, Y.- F. (1996). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris : Éditions du Seuil.
- Bauer, N. S., Gilbert, A. L., Carroll, A. E., & Downs, S. M. (2013). *Associations of early exposure to intimate partner violence and parental depression with subsequent mental health outcomes*. *JAMA Pediatrics*, 167(4), 341-347.
- Bohrman, C., Tennille, J., Levin, K., Rodgers, M. et Rhodes, K. (2017). *Being superwoman: low income mothers surviving problem drinking and intimate partner violence*. *Journal of Family Violence*, 32(7), p. 699-709.
- Bourassa, C., Robinson, J., Lessard, G., Turcotte, P., Lavergne, C., Damant, D., & Flynn, C. (2008). *La maternité et la paternité dans un contexte de violence conjugale*. In C. Parent, S. Drapeau, M. Brousseau & E. Pouliot (Eds.), *Visages multiples de la parentalité* (pp. 321-360). Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec
- Bourassa, C., Turcotte, P., Lessard, G., & Labarre, M. (2013). *La paternité en contexte de violence conjugale*. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 33(1), 149-167.
- Bromfield, L., Lamont, A., Parker, R., & Horsfall, B. (2010). *Issues for the safety and wellbeing of children in families with multiple and complex problems. The co-occurrence of domestic violence, parental substance misuse, and mental health problems*. Melbourne, Vic. : Australian Institute of Family Studies
- Burczycka, M. (2017). Section 2 : *Violence entre partenaires intimes au Canada, affaires déclarées par la police*, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54978/02-fra.htm>
- Burlaka, V., Graham-Bermann, S.A., & Delva, J. (2017). *Family factors and parenting in Ukraine*. *Child Abuse & Neglect*, 72, 154-162
- Camacho, K., Ehrensaft, M. K., et Cohen, P. (2012). *Exposure to Intimate Partner Violence, Peer Relations, and Risk for Internalizing Behaviors: A Prospective Longitudinal Study*. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(1), 125-141.
- Chamberland, C., Léveillé, S., & Trocmé, N. (2007). *Enfants à protéger – Parents à aider: Des univers à rapprocher*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Cleaver, H., Unell, I., & Aldgate, J. (2011). *Children's Needs - Parenting Capacity. Child abuse: Parental mental illness, learning disability, substance misuse and domestic violence*. London : TSO.
- Clément, M.-E., Julien, D., Lévesque, S., & Flores, J. (2019). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4e édition de l'enquête*, [En ligne], Québec, Repéré sur le site de l'Institut de la statistique du Québec : 4 www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/environnement-social/violence-familles/violence-familiale-2018.pdf

- Comité de la santé mentale du Québec (1994). *La politique de santé mentale. Recommandations pour développer et enrichir*. Québec, Canada: Publications du Québec.
- Dufour, S. (2019). *Enjeux en recherche et en intervention dans les situations de violence à l'égard des enfants en milieu familial*. Dans S. Dufour et M.-È. Clément (eds), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* (2e ed., pp.1-14). Québec : Éditions CEC
- Dumont, A. (2018). *Violence conjugale et problèmes associés : recommandations d'expertes de divers milieux de pratique s'appuyant sur des résultats de recherche Fiche synthèse synergie recherche/pratique no.7*, http://www.criviff.qc.ca/sites/criviff.qc.ca/files/synergie_no7_2018.pdf.
- Estefan, L.F., Coulter, M.L., VandeWeerd, C.L., Armstrong, M., & Gorski, P. (2013). *Relationships between stressors and parenting attitudes in a child welfare parenting program*. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 199-208.
- Evans, S. E., Davies, C., et DiLillo, D. (2008). *Exposure to Domestic Violence: A Meta-Analysis of Child and Adolescent Outcomes*. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 131-140.
- Fédération des maisons d'hébergement pour femmes (FMHF) (2017). *Statistiques 2016-2017, Rapport global annuel*. Québec, Canada: Fédération des maisons d'hébergement pour femmes.
- Gouvernement du Québec (2018a). *Loi sur la protection de la jeunesse*. Québec, Canada : Gouvernement du Québec
- Gouvernement du Québec (2018b). *Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale. 2018-2023*. Québec, Canada: Gouvernement du Québec.
- Gouvernement du Québec. (1995). *Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*. Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Hélie, S., Collin-Vézina, D., Turcotte, D., Trocmé, et Girouard, N. (2017). *Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2014*. Rapport final. Québec, Canada : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Holmes, M.R. (2013). *An examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment*. *Child Abuse & Neglect*, 37(8), 520-530.
- Humphreys, C., Regan, L., River, D., & Thiara, R. (2005). *Domestic Violence and Substance Use: Tackling Complexity*. *British Journal of Social Work*, 35, 1303-1320.
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (2014). *Drogues et conduites addictives*. Saint-Yriex-la-Perche, France: Inpes éditions.
- 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
- Laforest, J. & Gagné, D. (2018). *La violence conjugale. Rapport québécois sur la violence et la santé* (pp.132-168). INSPQ.
- Lavergne, C., Lessard, G., Clément, M.-È., Hélie, S., Lévesque, S., Dumont, A., & Alvarez-Lizotte, P. (2018). *Cooccurrence de l'exposition à la violence conjugale et autres difficultés associées chez les parents en lien avec leur santé mentale ou la consommation de substances psychoactives : ampleur et facteurs de vulnérabilité*. Fiche synthèse recherche, no 22. CRI-VIFF. http://www.criviff.qc.ca/sites/criviff.qc.ca/files/fiche_no_22_-_juin_2018.pdf

- Lessard, G., Flynn, C., Delisle, R., St-Laurent, M., Veaulieu, M-F., Damant, D., Godin, M-F., Juneau, L., Paradis, F., Roch, L., Turcotte, P., & Vézina, J-F. (2008). *Comment traiter des enjeux complexes liés à la garde des enfants à la fois maltraités et exposés à la violence conjugale?* *Intervention*, 27, 1291-1338.
- Lessard, G., Alvarez-Lizotte, P., Germain, A.-S., Drouin, M.-È., & Turcotte, P. (2018). *Expérimentation d'une pratique concertée en violence conjugale et maltraitance : défis et aspects novateurs.* *Nouvelles pratiques sociales*, 29(1), 224-237.
- Lessard, G., Drouin, M.-È., Germain, A.-S., Alvarez-Lizotte, P., & Turcotte, P. (2014). *Concerted Practice-Based Actions in Intimate Partner and Family Violence: When the Children's Well-Being is the Central Concern.* *Social sciences*, 3(4), 650-671.
- 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: controversies and points of agreement amongst practitioners.* *Child and Family Social Work*, 15, 492-500.
- Lessard, G., Flynn, C., Turcotte, P., Juneau, L., Delisle, R., Meunier, V., Godin, M.-F., Alcedo, Y. et 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.* *Recherches qualitatives*. (31)2, 25-51
- Lessard, G., Hamelin-Brabant, L., Bisson, S., Alvarez-Lizotte, P., & Dumont, A. (2019). *L'exposition à la violence conjugale.* Dans S. Dufour et M.-È. Clément (eds), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* (2e ed., pp.77-90). Québec : Éditions CEC
- 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., Montminy, L., Lesieux, E., Flynn, C., Roy, V., Gauthier, S., & Fortin, A. (2015). *Les violences conjugales, familiales et structurelles : vers une perspective intégrative des savoirs.* *Enfances, Familles, Générations*, 22, 1-26.
- Macy, R. J., Renz, C., & Pelino, E. (2013). *Partner Violence and Substance Abuse Are Intertwined: Women's Perceptions of Violence-Substance Connections.* *Violence Against Women*, 19(7), 881-902.
- Mason, R., & DuMont, J. (2015). *Advancing our knowledge of the complexity and management of intimate partner violence and co-occurring mental health and substance use problems in women.* *F1000 Prime Reports*, 7(65), 1-6.
- Mason, R., DuMont, J., & Paterson, M. (2017). *Enhancing collaboration between children's aid societies and adult mental health services.* Ontario, Canada: Ministry of Children and Youth Services.
- Mirick, R.G. (2014). *Engagement in child protective services: the role of substance abuse, intimate partner violence and race.* *Child and Adolescent Social Work Journal*, 31, 267-279.
- MSSS. (2015). *Comité de travail pour une action concertée auprès des enfants exposés à la violence conjugale et leur famille : état des lieux et recommandations.* MSSS, Gouvernement du Qc.
- Nathanson, A.M., Shorey, R.C., Tirone, V., & Rhatigan, D. L. (2012). *The prevalence of mental health disorders in a community sample of female victims of intimate partner violence.* *Partner Abuse*, 3(1), 59-75.

- Organisation mondiale de la santé. (2017) *Violence against women* <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/violence-against-women>
- Overlien, C. (2010). *Children exposed to domestic violence. Conclusions from the Literature and Challenges Ahead*. Journal of Social Work, 10 (1), 80-97.
- Potito, C., Day, A., Carson, E., & O'Leary, P. (2009). *Domestic violence and child protection : partnerships and collaboration*. Australian Social Work, 62(3), 369-387
- Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale. (2020). *Mieux comprendre la violence conjugale*. Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale. <https://maisons-femmes.qc.ca/violence-conjugale/>
- St-Arnaud, L., Saint-Jean, M. & Damasse, J.. (2004). *S'absenter du travail pour un problème de santé mentale : une épreuve qui exige du soutien*. Le Médecin du Québec, 39: 5.
- Stover, C.S., Easton, C.J., & McMahon, T.J. (2013). *Parenting of men with co-occurring intimate partner violence and substance abuse*. Journal of Interpersonal Violence, 28(11), 2290-2314.
- Thomas, M. D., & Bennett, L. (2009). *The Co-Occurrence of Substance Abuse and Domestic Violence: A Comparison of Dual-Problem Men in Substance Abuse Treatment and in a Court-Ordered Batterer Program*. Journal of Social Work Practice in the Addictions, 9, 299-317
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E., Felstiner, C., Hélie, S., Turcotte, D., Weightman, P., Douglas, J. et Holroyd, J. (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008*. Centre national d'information sur la violence dans la famille, Agence de la santé publique du Canada
- Varescon, I. (2005). *Psychopathologie des conduites addictives: alcoolisme et toxicomanie*. Paris: Belin
- 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(1), 44-62.
- Wolfe, D.A., Crooks, C.V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., et 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.

Annexes

Annexe A : Tableau des organismes ayant participé selon la région d'appartenance

Régions	Organismes	Précisions
Québec	Le Groupe d'aide aux personnes impulsives (GAPI)	Ressource pour conjoints ayant des comportements violents
	Violence Info	Ressource femmes victimes
	Viol-Secours	CALACS Québec
	Maison de la famille de Québec	PSM/famille
	Maison Marie-Rollet	Maison d'hébergement
	Centres d'aide aux victimes d'actes criminels	CAVAC
	Maison des femmes de Québec	Maison d'hébergement
	Portage	Centre de réadaptation en toxicomanie PC/PSM
	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH)	PSM

Régions	Le Groupe d'aide aux personnes impulsives (GAPI)	Ressource pour conjoints ayant des comportements violents
Québec	Croix-Blanche – Agir en santé mentale	PSM
	L'Inter-Elles	Maison d'hébergement de deuxième étape
	CIUSSS-Capitale Nationale (DPJ) <ul style="list-style-type: none"> • Centre de réadaptation en dépendances de Québec CRDQ • Famille Enfance Jeunesse (FEJ) 	DPJ CRDQ Famille/enfance/jeunesse /PSM
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Auberge de l'Amitié Roberval	Maison d'hébergement
	Centre de Femmes La Source de Saint-Félicien	Centre de femmes
	Cran d'Arrêt Roberval	Ressource pour conjoints ayant des comportements violents
	Centre Le Bouscueil de Roberval	PSM
	Centre de Femmes au Quatre-Temps d'Alma	Centre de femmes

Régions	Le Groupe d'aide aux personnes impulsives (GAPI)	Ressource pour conjoints ayant des comportements violents
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Cran D'Arrêt d'Alma	Ressource pour conjoints ayant des comportements violents
	Le Renfort d'Alma	PSM
	Centre L'Escale de Jonquière	PSM
	Sureté municipale de Ville Saguenay	Sécurité publique
	Maison de la Famille de Mashteuiatsh	Famille, PSM
	Commission scolaire du Pays-des-Bleuets	Secteur scolaire
	CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean <ul style="list-style-type: none"> • Protection de la jeunesse 	DPJ
Montréal	La Maison grise	Maison d'hébergement
	Centre d'aide à la famille (CAF)	Centre d'aide à la famille

Régions	Le Groupe d'aide aux personnes impulsives (GAPI)	Ressource pour conjoints ayant des comportements violents
Montréal	CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels
	Maison Flora Tristan	Maison d'hébergement
	L'Autre Escale	Maison d'hébergement
	L'Autre maison	PSM
	La PasserElle	Maison d'hébergement de deuxième étape
	Service d'aide aux conjoints (SAC)	Ressource pour les conjoints ayant des comportements violents
	Transit 24	Maison d'hébergement
	Centre des femmes de Verdun	Centre de femmes
	Nouvelle-Étape	Maison d'hébergement de deuxième étape

Régions	Le Groupe d'aide aux personnes impulsives (GAPI)	Ressource pour conjoints ayant des comportements violents
Montréal	Maison Passages	Maison d'hébergement
	Bouclier d'Athéna	Maison d'hébergement
	Logifem	Maison d'hébergement (femmes en difficulté)
	Pavillon Marguerite de Champlain	Maison d'hébergement
	Halte-Femmes Montréal-Nord	Centre de femmes
	Option	Ressource pour les conjoints ayant des comportements violents
	Service de police de la Ville de Montréal	Sécurité publique
	Association de Montréal pour la déficience intellectuelle (AMDI)	Association (déficience intellectuelle)
	Clinique Psychoalimentaire	Clinique psycho-alimentaire

Régions	Le Groupe d'aide aux personnes impulsives (GAPI)	Ressource pour conjoints ayant des comportements violents
Montréal	Petit RevDec	Organisme décrochage scolaire
	École le Carignan	Commissions scolaire de la Pointe de l'Île, Secteur solaire
	Commission scolaire de Laval	Secteur scolaire
	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Hôpital, santé physique
	CIUSSS l'Est de l'Île <ul style="list-style-type: none"> • Youth Mental Health Team • Centres locaux de services communautaires de Saint-Léonard et Saint-Michel, santé mentale • Centre de Réadaptation en dépendance de Montréal Institut universitaire - Site Pointe-de-l'Île	CIUSSS, PSM CIUSSS, PSM CIUSSS, PC
	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal <ul style="list-style-type: none"> • Cliniques externes, Institut Douglas, Programme des troubles complexes de l'humeur (TCH) 	CIUSSS, PSM

Régions	Le Groupe d'aide aux personnes impulsives (GAPI)	Ressource pour conjoints ayant des comportements violents
Montréal	<p>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal DSME</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direction adjointe du programme jeunesse des services dans la communauté et ressources, coordination des services milieu à l'enfance • Enfance Sud-Est 3 • Enfance Sud-Est 1 • Enfance Nord-Ouest • 2 • Centre jeunesse de Verdun • Côté Cour, CLSC Jeanne- Mance 	<p>CIUSSS</p> <p>Secteur Famille-Enfance-Jeunesse</p> <p>Secteur Famille-Enfance-Jeunesse Secteur Famille-Enfance-Jeunesse Secteur Famille-Enfance-Jeunesse Secteur Centre Jeunesse</p> <p>Justice</p>
	<p>Centre de Réadaptation en dépendance de Montréal-Institut universitaire - Site Pointe-de-l'Île</p>	<p>CIUSSS, secteur PC</p>

Annexe B : Guide d'entrevue – Bonification des données sur la sécurité

Mise en contexte

Vous avez participé au projet « Pratiques concertées en violence conjugale pour optimiser la sécurité des femmes victimes de violence conjugale et de leurs enfants ». Vous étiez intervenant.e au dossier d'une famille dont la situation a fait l'objet d'une discussion clinique dans le cadre du projet. Vous avez été invité.e à participer à cette courte entrevue téléphonique et je vous remercie grandement pour cette disponibilité et votre engagement à vouloir assurer la sécurité des victimes de violence conjugale vivant aussi d'autres problèmes associés.

La rencontre de concertation/consultation a eu lieu le _____ (DATE) et il y avait ____ (nombre) intervenant.e.s présent.e.s à la rencontre animée par _____ (NOM de l'animatrice). [Juste s'il y avait un.e autre intervenant.e au dossier dire...] Les autres intervenant.e.s au dossier provenait-ent de _____ (nommer les secteurs de pratique). Il y avait aussi ____ (nombre) expert.e.s externes provenant de _____ (nommer les secteurs de pratique).

Une rencontre de suivi a eu lieu le _____ (DATE) et les résultats recueillis auprès des intervenant.e.s participant à cette deuxième rencontre indiquent que ____% des intervenant.e.s considèrent que le projet a permis d'améliorer la réponse aux enjeux de sécurité pour les victimes de VC dans ce dossier.

On aurait maintenant besoin que, en tant qu'intervenant.e au dossier dans cette situation vous nous fournissiez quelques exemples concrets qui démontrent en quoi la sécurité a pu être mieux assurée grâce à la mobilisation concrète et concertée de tous ces intervenant.e.s.

Questions :

- 1 Pourriez-vous donc me donner 2 ou 3 exemples concrets qui démontrent la contribution de la concertation à améliorer la sécurité des victimes ?

[Écouter activement les réponses et relancer des sous-questions en mode reformulation pour favoriser le développement des réponses et un contenu le plus riche possible. Mais surveiller aussi rigoureusement le temps pour ne pas trop dépasser le 10-15 minutes annoncés en gardant un 3 minutes pour la fin].

Les relances de sous-questions devraient toucher :

- 1 la sécurité des femmes ;
 - 2 la sécurité des enfants.
- 2 Est-ce que vous avez autre chose à dire en lien avec la sécurité des victimes de VC et la concertation clinique dans ce cas en particulier ou en général ?

- 3 On a maintenant presque terminé. Je vais prendre 2-3 minutes pour résumer les éléments que j'ai noté afin de vous faire valider ensuite que j'ai bien compris votre point de vue ou encore de compléter au besoin si j'oublie quelque chose d'important. [Nommer les points, pas tout répéter, mais résumer le plus possible les grandes idées et demander si cela correspond à ce qui a été nommé].

Conclusion

Je vous remercie grandement pour votre temps aujourd'hui, ce sera très utile pour compléter les dernières étapes du projet ! Vous devriez avoir des nouvelles du projet et de ses suites dès le début de l'automne par votre table locale de concertation.

Annexe C : Tableaux complémentaires sur les données quantitatives

1 Organismes de rattachement

Organisme de rattachement	Nombre total (250)
VCF	77 (30,8 %)
VCH	35 (14%)
MT	49 (19,6%)
PSM	52 (20,8%)
PC	16 (6,4 %)
Autres	Total : 21 (8,4%)
Scolaire	7 (2,8%)
Sécurité publique	2 (0,8%)
PSM autres (par exemple déficience intellectuelle, troubles alimentaires, etc.)	6 (2,4%)
Autres sans catégories : dont santé maternelle et infantile	6 (2,4%)

2 Enjeux de sécurité

Enjeux sécurité	250 personnes au total 229 sans données manquantes	Oui (198) 86,5 %	Non (7) 3 %	Oui et non/ peut-être/(4) plus ou moins (4) / ne sais pas (18) 10,5 %	Donnée manquante (22) 8,8 %
Enjeux de sécurité selon organisme rattaché	VCF (67)	56 (83,6 %)	3 (4,5 %)	8 (12 %)	10 (dont 6 n'ont pas la question)
	VCH (34)	27 (79,4 %)	1 (3 %)	5 + 1 pas enjeux sécurité (17,7 %)	1
	MT (44)	37 (84,1 %)	1 (2,3 %)	6 (13,6 %)	5 (dont 4 n'ont pas la question)
	PSM (48)	42 (87,5 %)	2 (4,2 %)	4 (8,3 %)	4 (dont 2 n'ont pas la question)
	PC (16)	16 (100%)	0	0	0
	Autres (20)	20 (100%)	0	0	1 (pas question)

Enjeux de sécurité selon le type de cooccurrence	250 personnes au total au total 229 sans données manquantes	Oui (198) 86,5 %	Non (7) 3 %	Oui et non/ peut-être/(4) plus ou moins (4) / ne sais pas (18) 10,5 %	Donnée manquante (22) 8,8 %
42 MT	MT (40)	33 (82,5 %)	1 (2,5 %)	6 (15 %) (dont 1 pas enjeux sécu)	2
37 PSM	PSM (31)	29 (93,6 %)	1 (3,2 %)	1 (3,2 %)	6 (dont 3 pas question)
0 PC	0 PC	0	0	0	0
83 MT + PSM	MT + PSM (74)	61 (82,4 %)	3 (4,1 %)	10 (13,5 %)	9 (dont 7 pas question)
3 MT + PC	MT + PC (2)	2 (100%)	0	0	1 (pas question)
9 SM + PC	PSM + PC (9)	8 (88,9 %)	1 (11,1 %)	0	0
76 MT + PSM + PC	MT+ PSM + PC (73)	65 (89 %)	1 (1,4 %)	7 (9,6 %)	3

Enjeux sécurité selon rôle (intervenant.e dossier ou expert.e)	250 personnes au total	Oui (198) 86,5 %	Non (7) 3 %	Oui et non/ peut-être/(4) plus ou moins (4) / ne sais pas (18) 10,5 %	Donnée manquante (22) 8,8 %
	(142) Intervenant.e.s	105 (73,9%)	3 (2,1 %)	13 (+ 1 pas enjeux sécurité) (9,9%)	7 + 13 pas la question (14,1%)
	(108) Expert.e.s	93 (86,1%)	4 (3,7%)	10 (9,3%)	1 (0,9 %)

3 Amélioration des pratiques

Amélioration des pratiques	250 au total 146 personnes sans données manquantes	Oui 125 (85,6 %)	Non 9 (6,2 %)	Oui et non/ peut-être/ plus ou moins / Ne sais pas 12 (8,2 %)	Données manquantes (104 dont 103 expertes)
Amélioration des pratiques selon organisme rattaché/ expertise des participant.e.s	VCF (47)	40 (85,1 %)	4 (8,5 %)	3 (6,4 %)	30
	VCH (21)	16 (76,2 %)	0	5 (23,8 %)	14
	MT (42)	39 (92,9 %)	2 (4,8 %)	1 (2,4 %)	7
	PSM (23)	18 (78,3 %)	2 (8,7 %)	3 (13 %)	29
	PC (2)	2 (100%)	0	0	14 (expertes)
	Autres (11)	10 (90,9 %)	1 (9,1 %)	0	10 (expertes)
Amélioration des pratiques selon le type de cooccurrence	146 personnes au total	Oui 125 (85,6%)	Non 9 (6,2 %)	Oui et non/ peut-être/ plus ou moins/ Ne sais pas (12) 8,2 %	Données manquantes (104)
42 MT	MT (27)	21 (77,8 %)	3 (11,11%)	3 (11,1 %)	15
37 SM	PSM (16)	13 (81,3 %)	0	3 (18,8 %)	21
0 PC	PC 0	0	0	0	0
83 MT + PSM	MT + PSM (57)	49 (86%)	5 (8,77%)	3 (5,3 %)	26
3 MT + PC	MT + PC (1)	1 (100 %)	0	0	2
9 PSM + PC	SM + PC (5)	5 (100 %)	0	0	4
76 MT + PSM+ PC	MT + PSM + PC (40)	36 (90 %)	1 (2,5%)	3 (7,5 %)	36

4 Stratégies à développer

Stratégies à développer	250 personnes au total 229 sans données manquantes	Oui (229) 100 %	Non (0)	Oui et non/ peut-être/ plus ou moins/ne sais pas (0)	Données manquantes (21) 9,4 %
Stratégie à développer selon organisme rattaché					
VCF (67)		0	5 (23,8 %)		14
VCH (34)		2 (4,8 %)	1 (2,4 %)		7
MT (44)		2 (8,7 %)	3 (13 %)		29
PSM (48)		0	0		14 (expertes)
PC (16)		1 (9,1 %)	0		10 (expertes)
Autres (20)		20 (100 %)	0	0	1
Stratégie à développer selon le type de cooccurrence	250 personnes au total 229 personnes au total	Oui (229) 100 %	Non (0)	Oui et non/ peut-être/ plus ou moins (0)	Données manquantes (21) 9,4 %
42 MT	MT (40)	40 (100 %)	0	0	2
37 PSM	PSM (31)	31 (100 %)	0	0	6
0 PC	PC 0	0	0	0	0
83 MT + PSM	MT + PSM (74)	74 (100 %)	0	0	9
3 MT + PC	MT+ PC (2)	2 (100 %)	0	0	1
9 PSM + PC	PSM + PC (9)	9 (100 %)	0	0	0
76 MT + PSM + PC	MT + PSM+ PC (73)	73 (100 %)	0	0	3

Stratégie à développer selon rôle (intervenant.e. dossier ou expert.e)	229 personnes au total	Oui (229) 100 %	Non (0)	Oui et non/ peut-être/ plus ou moins (0)	Données manquantes (21) 9,4 %
	Intervenant.e (122)	122 (100 %)	0	0	20
	Expert.e (107)	107 (100 %)	0	0	1

4 Divergences (249)

Divergences (249)	Oui (52) 20,9 %	Non (197) 79,1 %
VCF (76)	17 (22,4 %)	59 (77,6 %)
VCH (35)	9 (25,7 %)	26 (74,3 %)
MT (49)	9 (18,4 %)	40 (81,6 %)
PSM (52)	11 (21,2 %)	41 (78,9 %)
PC (16)	3 (18,8 %)	13 (81,3 %)
Autres (21)	3 (14,3 %)	18 (85,7 %)

4 Nombre de commentaires facilitants

Montréal : 139 commentaires

Québec : 63 commentaires

Saguenay : 24 commentaires

5 Nombre de commentaires difficultés :

(Les difficultés nommées sont par contre souvent les mêmes : complexité des situations, nombre de partenaires présents ou absents à la rencontre, manque de temps à la rencontre, manque de dégagement des milieux, etc.).

Montréal : 94 commentaires

Québec : 39 commentaires

Saguenay : 9 commentaires