

Université de Montréal
C.P. 6128, succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3J
Tél. (514) 343-5708
Télec. (514) 343-6442
Courriel : cri-viff@umontreal.ca



Université Laval
Pavillon Charles-de Koninck
Bureau 0439
Ste-Foy (Québec) G1K 7P4
Tél. (418) 656-3286
Télec. (418) 656-3309
Courriel : criviff@criviff.ulaval.ca

Les partenaires

Association des CLSC et des CHSLD du Québec • Relais-femmes • Université de Montréal • Université Laval

Diane BERNIER
Julie BÉRUBÉ
Maeve HAUTECOEUR
Geneviève PAGÉ

INTERVENIR EN VIOLENCE CONJUGALE : LA DÉMARCHE D'UNE ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE EN PÉRINATALITÉ

Numéro 33

Collection ÉTUDES ET ANALYSES

Septembre 2005



Données de catalogage de la Bibliothèque nationale du Canada

Vedette principale au titre :

Intervenir en violence conjugale : la démarche d'une équipe interdisciplinaire en périnatalité.

(Collection Études et analyses; no 33)
Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 2-921768-54-2

1. Violence entre conjoints. 2. Femmes enceintes, Services aux. 3. Femmes victimes de violence, Services aux. I. Bernier, Diane, 1940- . II. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes. III. Collection : Collection Études et analyses (Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes); no 33.

HV6626.I585 2005

362.82'92'0852

C2005-941952-0

REMERCIEMENTS

Ce projet n'aurait pas été possible sans le soutien de la direction du CLSC Saint-Hubert; Suzanne Beauchamp, la directrice générale, s'est toujours montrée très disponible à nous faciliter la tâche. Nos remerciements s'adressent également à Christiane Gendron initialement responsable de la recherche et de l'enseignement, à Richard Deschamps, directeur des services à la clientèle, ainsi qu'à Julie Lapointe, cheffe du programme Enfance-Famille-Jeunesse qui nous a aidée dans la dimension administrative du projet.

Le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF) a également constitué un lieu de soutien indéfectible. Nous avons particulièrement apprécié l'aide de Sylvie Gravel et de Paule Campeau, coordonnatrices montréalaises du Centre.

La contribution des membres de l'équipe du programme régional intégré des services et d'intervention en périnatalité (PRINSIP) qui ont participé à la recherche est inestimable; Aurore Forest, Micheline Lagrange, Colette Maillet et Christiane Montpetit ont rendu le projet viable. Madame Montpetit, responsable clinique du projet, nous a beaucoup facilité la tâche en assumant, entre autres, la coordination clinique.

La fidélité et l'engagement de Julie Bérubé, Maeve Hauteceur et Geneviève Pagé, auxiliaires de recherche, ont été constants, malgré des horaires déjà chargés. Leur présence continue a été d'un précieux secours.

À tous et à toutes, ma sincère reconnaissance,

Diane Bernier
Responsable scientifique du projet

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iii
INTRODUCTION	1
LA PETITE HISTOIRE DE LA DÉMARCHE.....	3
L'ÉQUIPE ET SA PRATIQUE.....	4
LES QUESTIONS DE DÉPART DE LA DÉMARCHE	5
LES OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE.....	5
CHAPITRE I – LE CADRE THÉORIQUE DE LA DÉMARCHE	7
1.1 LA VIOLENCE CONJUGALE : PÉRINATALITÉ ET INTERVENTION.....	9
1.1.1 <i>Le contexte social</i>	10
1.1.2 <i>La définition</i>	10
1.1.3 <i>L'incidence</i>	11
1.1.4 <i>Les manifestations</i>	12
1.1.5 <i>Les conséquences</i>	14
1.1.6 <i>La difficulté de quitter un conjoint violent</i>	15
1.1.7 <i>Conclusion</i>	15
1.2 LE TRANSFERT DES CONNAISSANCES.....	15
1.3 LES SAVOIRS D'EXPÉRIENCES : DES SAVOIRS BIEN PARTICULIERS	17
1.3.1 <i>Les savoirs d'expérience s'acquièrent dans la pratique</i>	18
1.3.2 <i>Les savoirs d'expérience sont pluriels</i>	19
1.3.3 <i>Les savoirs d'expérience se développent à travers le regard de l'autre</i>	20
1.3.4 <i>Les savoirs d'expérience se développent par la réflexion</i>	20
1.4 LA RECHERCHE-ACTION	22
CHAPITRE II – LE DÉROULEMENT DE LA DÉMARCHE	25
2.1 LES MODALITÉS DE LA RECHERCHE-ACTION.....	27
2.2 LA RECENSION DES ÉCRITS SUR LES MODÈLES D'INTERVENTION EN VIOLENCE CONJUGALE.....	28
2.3 UN CHOIX DE MODÈLES À EXPLORER.....	47
2.3.1 <i>Planification des formations</i>	48
2.3.2 <i>Formation sur l'estime de soi</i>	48
2.3.3 <i>Formation sur le modèle de Prochaska</i>	49
2.4 LE QUESTIONNEMENT DE L'ÉQUIPE	50
2.5 LE DÉVELOPPEMENT D'OUTILS DE TRAVAIL	52
2.6 MODALITÉS DE BILAN ET DE DIFFUSION DE LA DÉMARCHE.....	53
2.7 CHRONOLOGIE DE LA DÉMARCHE.....	54
CHAPITRE III – LES ACQUIS DE LA DÉMARCHE.....	57
3.1 UN REGARD NEUF SUR 15 DOSSIERS	59
3.1.1 <i>Les données sociodémographiques</i>	59
3.1.2 <i>Les caractéristiques de la violence</i>	60
3.1.3 <i>Les particularités en rapport avec la grossesse</i>	62

3.1.4 <i>L'évolution de l'intervention</i>	63
3.2 LES SAVOIRS D'EXPÉRIENCE DE L'ÉQUIPE	69
3.2.1 <i>Le développement d'un regard critique</i>	70
3.2.2 <i>La construction d'une nouvelle description du phénomène</i>	72
3.2.3 <i>La vérification de la pertinence des modèles</i>	73
3.2.4 <i>La restructuration du cadre théorique de l'intervention</i>	74
3.2.5 <i>Une nouvelle théorisation du phénomène</i>	75
3.2.6 <i>L'incorporation des découvertes dans les actions ultérieures</i>	77
3.3 L'ACQUISITION DES SAVOIRS INDIVIDUELS	77
3.3.1 <i>Les acquis liés au savoir</i>	78
3.3.2 <i>Les acquis liés au savoir-faire</i>	81
3.3.3 <i>Les acquis liés au savoir-être</i>	84
3.4 APPRÉCIATION DE L'EXPÉRIENCE PAR LES INTERVENANTES.....	85
3.4.1 <i>Les aspects administratifs</i>	85
3.4.2 <i>Le format de la recherche</i>	86
3.4.3 <i>Éléments manquants</i>	86
3.4.4 <i>Une expérience transposable?</i>	86
3.4.5 <i>L'expérience actuelle comparée à d'autres expériences de perfectionnement</i>	87
CONCLUSION.....	89
RÉFÉRENCES	93
ANNEXES.....	101
ANNEXE 1 : LES MEMBRES DE LA RECHERCHE-ACTION ET DE L'ÉQUIPE PRINSIP.....	103
ANNEXE 2 : LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	104
ANNEXE 3 : LES GRILLES D'ANALYSE (VERSION FINALE)	105

INTRODUCTION

LA PETITE HISTOIRE DE LA DÉMARCHE

La démarche décrite dans le présent rapport est le résultat d'une initiative de l'équipe VICTOIRE prise à l'automne 1999. VICTOIRE est un acronyme signifiant violence conjugale : transformer et orienter par l'intervention et la recherche. Cette équipe relevait du Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF) et a été subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) de 1996 à 2004. Cette équipe regroupait des chercheurs¹ de l'Université de Montréal et de l'Université Laval et des représentants d'organismes communautaires. L'objectif premier de VICTOIRE était de contribuer de façon significative au développement des connaissances dans le domaine de la violence conjugale. Les effectifs de cette équipe sont maintenant intégrés au sein du Regroupement stratégique du CRI-VIFF.

Depuis 1993, le Centre local de services communautaires (CLSC) Saint-Hubert² a établi un partenariat de recherche avec le CRI-VIFF. À cette époque, l'équipe VICTOIRE avait été à l'origine d'un projet sur le dépistage systématique de la violence conjugale mené avec le CLSC Saint-Hubert (Rinfret-Raynor, Turgeon et Joyal, 1998). En 1999, l'équipe VICTOIRE obtenait le renouvellement de sa subvention de fonctionnement d'équipe en partenariat avec le CLSC Saint-Hubert pour une période de trois ans. Cette subvention visait à favoriser le partenariat entre les personnes œuvrant dans les milieux de recherche et celles issues des milieux de pratique et d'élaboration des politiques. Elle visait également la résolution des problèmes sociaux afin de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

À l'automne 1999, la codirectrice scientifique de l'équipe VICTOIRE rencontrait des praticiens du CLSC Saint-Hubert intéressés par la recherche, afin de connaître leurs préoccupations en lien avec la violence conjugale. Les questionnements autour de la violence et de la grossesse furent retenus. Suite à deux rencontres avec les intervenants qui œuvrent en périnatalité, une demande de subvention de démarrage du CLSC Saint-Hubert en partenariat avec une chercheuse de l'équipe VICTOIRE fut formulée et transmise à l'équipe VICTOIRE.

¹ Le masculin est utilisé pour alléger le texte.

² Le CLSC Saint-Hubert fait maintenant partie du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Champlain.

Le titre provisoire du projet envisagé était : « Intervention auprès de jeunes mères vulnérables vivant de la violence conjugale pendant la période pré et post natale ». La subvention de démarrage fut obtenue en 2000.

En janvier 2001, une chercheure désignée par le CRI-VIFF accepta la responsabilité d'obtenir des organismes subventionnaires de recherche des fonds pour un projet qui réponde aux préoccupations d'intervention des membres de l'équipe en périnatalité. Plusieurs réunions ont été consacrées à l'identification de la thématique particulière sur laquelle la démarche serait centrée et de la méthode pédagogique désirée. Des argents ont été accordés en vertu du programme de santé publique de la Régie régionale de la Montérégie et du programme de diffusion de la recherche du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC). Le travail d'intervention de l'équipe interdisciplinaire en périnatalité a débuté en mars 2002.

L'ÉQUIPE ET SA PRATIQUE

Le programme régional intégré de services et d'interventions en périnatalité (PRINSIP) a été mis en œuvre en 1998. PRINSIP vise à rejoindre les futurs parents et les familles des jeunes enfants en situation de grande vulnérabilité sur l'ensemble du territoire de la Montérégie. Une équipe PRINSIP est interdisciplinaire (soins infirmiers, médecine, nutrition, organisation communautaire, éducation spécialisée, service social) et offre des services aux clientes enceintes issues d'un milieu défavorisé. Les services de l'équipe sont répartis sur une période de deux ans pour permettre la réalisation des objectifs de prévention de la prématurité, de bébés de petit poids à la naissance, des retards de croissance des enfants, de l'abus et de la négligence à leur endroit, de la violence conjugale et de l'isolement des familles vulnérables dans la communauté. Dans une perspective écologique, PRINSIP cherche à agir sur le milieu de vie ainsi que sur l'environnement social et politique. La philosophie d'intervention met l'emphase sur l'estime de soi.

Les membres de l'équipe PRINSIP du CLSC Saint-Hubert travaillent ensemble depuis 1999. Ils avaient en commun l'intérêt d'améliorer leur pratique en périnatalité auprès des femmes victimes de violence conjugale et ont accepté de participer à une démarche centrée sur

l'intervention auprès de cette clientèle. Une chercheuse de l'équipe VICTOIRE s'est jointe à l'équipe. Trois auxiliaires de recherche de l'Université de Montréal ont également participé à la démarche. Les membres de l'équipe PRINSIP et de l'équipe de recherche sont présentés à l'annexe 1.

LES QUESTIONS DE DÉPART DE LA DÉMARCHE

Lors de l'élaboration de la démarche, les intervenants mentionnaient se sentir démunis face à l'intervention auprès de leurs clientes enceintes et victimes de violence conjugale. Dans leur pratique, ils étaient intervenus régulièrement auprès de cette clientèle. Malgré ces expériences et le développement de certaines stratégies d'intervention, les intervenants ont exprimé, entre autres, un sentiment d'impuissance lorsque la femme violentée ne quitte pas le conjoint. Il est à noter que plusieurs d'entre eux avaient eu une formation sur le dépistage de la violence conjugale, mais ne se sentaient pas ou peu outillés pour accompagner une cliente vivant ce type de violence.

Dans leur pratique, les intervenants constataient les limites de l'intervention préconisée dans la formation reçue en lien avec la violence conjugale et ils voulaient s'ouvrir à d'autres façons d'intervenir. Ils désiraient confronter les modèles théoriques à la réalité spécifique de leurs clientes et aussi aux paramètres de leur intervention, qui se réalise à moyen terme et en externe (ce qui représente une réalité différente de celle des maisons d'hébergement et de celle des groupes d'entraide). Trois questions émergèrent lors de l'élaboration de la démarche de recherche, soit : comment aider une cliente qui vit de la violence conjugale? Quelle intervention doit-on privilégier? Quelle intervention doit-on éviter? À partir de ces trois questions, l'équipe formula les objectifs de la démarche présentés ci-dessous.

LES OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE

L'objectif ultime de cette démarche visait l'amélioration de l'intervention clinique auprès des femmes enceintes issues de milieux défavorisés et victimes de violence conjugale. Les objectifs spécifiques étaient :

1. assurer la diffusion des connaissances sur l'intervention auprès de femmes enceintes victimes de violence conjugale auprès d'intervenants qui travaillent avec cette clientèle;
2. permettre l'appropriation de ces connaissances par les intervenants en prévoyant un temps de mise en pratique des connaissances acquises;
3. faire un bilan de l'expérience : l'intégration des modèles d'intervention; le processus d'appropriation; le développement de connaissances nouvelles sur la clientèle; et les modalités d'intervention à son égard.

Ce rapport présente les éléments de la démarche mise en place afin de rencontrer ces objectifs et d'améliorer la pratique en lien avec la problématique de la violence conjugale durant la période pré et post natale. Les informations recueillies ont été regroupées autour de trois thèmes pour faciliter la lecture : l'apport théorique; le processus de la démarche comme tel; et le bilan de la démarche.

En conséquence, le premier chapitre portera sur le cadre théorique et méthodologique de la démarche de recherche : seront présentés les concepts de violence conjugale en période pré et post natale, de transfert des connaissances, de savoirs d'expérience, ainsi que de recherche-action. Le deuxième chapitre portera sur le déroulement de la démarche, soit les modalités de la recherche-action, la recension des écrits, le choix des modèles théoriques à explorer, le questionnement de l'équipe, le développement d'outils de travail et les textes de référence utilisés par l'équipe, le bilan et la diffusion de la démarche ainsi que la chronologie de la démarche. Le troisième chapitre abordera les acquis de la démarche, soit l'analyse des dossiers à l'étude, le contenu de la réflexion d'équipe, l'acquisition des savoirs individuels ainsi que l'appréciation des intervenants.

CHAPITRE I – LE CADRE THÉORIQUE DE LA DÉMARCHE

Cette démarche s'inscrit dans un cadre particulier qu'il est important de bien situer. Tel que mentionné précédemment, l'équipe d'intervenants désirait prendre connaissance de nouveaux modèles d'intervention et se réserver du temps afin de les mettre en application dans leur pratique quotidienne.

Dans un premier temps, une recension des écrits scientifiques a été réalisée pour tenter de préciser les aspects spécifiques de la violence conjugale pendant la période pré et post natale et de l'intervention dans le contexte. Cette démarche documentaire sert de pierre d'assise au contenu de la démarche.

La mise en application des modèles d'intervention a été située dans le cadre théorique du transfert des connaissances. L'appropriation des connaissances a semblé un concept pertinent pour expliciter cette dimension de la démarche.

Le travail d'étude des modèles et d'intégration dans la pratique allait sûrement apporter des connaissances nouvelles aux membres de l'équipe. Une réflexion sur l'acquisition des savoirs d'expérience permettait donc de mieux comprendre ce processus et sa résultante.

La recherche-action a semblé le cadre le plus approprié pour la démarche de l'équipe. Certains éléments méthodologiques en ont été précisés.

1.1 La violence conjugale : périnatalité et intervention

Dès le début de la démarche, il s'est avéré important de faire une recension des écrits sur la problématique de la violence conjugale, en particulier en contexte pré et post natal. La violence conjugale revêt-elle des caractéristiques particulières pendant ces périodes? Y a-t-il des interventions à préconiser auprès de cette clientèle? Cette étape préalable aux demandes de subvention a permis une uniformisation des connaissances de l'équipe.

Voici les grandes lignes de cette recherche documentaire qui a constitué une mise à jour de celle qui fut réalisée par Séguin, Pimont, Rinfret-Raynor et Cantin (2000). Cette recension portait sur les facteurs associés à la violence en cours de grossesse. Notre texte est présenté

selon les mêmes thèmes. Il sera question de la problématique de la violence conjugale en général, soit le contexte social, la définition de la violence conjugale, son incidence, les manifestations de cette violence, les conséquences sur les femmes et les raisons qui expliquent que les femmes restent avec leur conjoint.

1.1.1 Le contexte social

Malgré l'évolution qu'a connue la société québécoise, les mentalités sont encore aujourd'hui teintées du régime patriarcal, longtemps préconisé par l'Église. La femme est considérée comme un être à part entière depuis moins d'un siècle. La violence conjugale n'est donc pas perçue comme un problème social avant les années 1970. C'est avec l'émergence du mouvement féministe qu'elle commence à être dévoilée. Mais il faut attendre au milieu des années 1980 avant que le gouvernement ne se mobilise pour la cause des femmes. La violence conjugale devient alors un acte criminel et est redéfinie en termes de problème individuel plutôt que de société.

La sensibilisation des intervenants à la problématique des femmes enceintes victimes de violence conjugale s'insère parmi les voies d'action prioritaire de certaines politiques et certains programmes provinciaux, reconnaissant ainsi l'importance de cette problématique au sein des interventions des praticiens (*Politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, 1992 et *Programme régional de santé publique*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1998, par exemple). L'ampleur et la gravité de la problématique de la violence conjugale ont été reconnues au Québec et ont donné lieu à une politique québécoise interministérielle d'intervention en matière de violence conjugale (Gouvernement du Québec, 1995). De plus, un vaste programme de formation au dépistage de la violence conjugale a été mis sur pied à l'intention du personnel des services sociaux et de santé (Rinfret-Raynor *et al.*, 1998).

1.1.2 La définition

Il existe plusieurs définitions de la violence conjugale. Les plus utilisées sont issues de la pensée féministe. Moisan (1993) constate une évolution dans les termes employés, soit de « femme battue », à « femme violentée », puis à « femme victime de violence conjugale ».

Dans Moisan et Bonfanti (1994), les auteures citent la définition suivante, tirée de MacLeod (1987, p. 17).

« La femme battue, c'est celle qui a perdu sa dignité, son autonomie et sa sécurité, qui se sent prisonnière et sans défense parce qu'elle subit directement et constamment ou de façon répétée des violences physiques, psychologiques, économiques, sexuelles ou verbales. C'est celle qui doit essuyer des menaces continues et qui voit son amoureux, mari, conjoint, ex-mari ou ex-amoureux – homme ou femme – se livrer à des actes violents sur ses enfants, ses proches, ses amis, ses animaux familiers ou les biens auxquels elle tient ».

Cette définition semble la plus complète puisqu'elle traite à la fois des manifestations et des conséquences de la violence tout en mettant l'accent sur son caractère répétitif.

1.1.3 L'incidence

Certaines études canadiennes et américaines sont parues dans les années 1980 afin de dresser un portrait de la violence conjugale, mais elles comportent plusieurs lacunes (ex. : définitions différentes, failles méthodologiques). Ce n'est qu'en 1993 que l'Enquête sur la santé globale des Québécois a inclus pour la première fois des indicateurs de violence conjugale parmi ses données. Dans le cadre de cette étude, une répondante sur quatre disait avoir subi un acte de violence physique ou sexuel de la part d'un partenaire, et ce depuis l'âge de 16 ans (Santé Québec, 1996). À la même époque, Statistique Canada, face au manque de données valides à ce sujet, a entrepris une étude pan canadienne spécifiquement sur la violence conjugale. Les chiffres les plus récents proviennent de l'Enquête sociale générale (Pottie Bunge, 2000). Ils indiquent qu'au cours des cinq années précédant l'étude, 8% des femmes étaient victimes de violence par leur conjoint, ce qui représente près de 700 000 femmes. En 2001, 69 femmes étaient assassinées par leur conjoint ou leur ex-conjoint au Canada. Depuis 1974, le taux de femmes assassinées a diminué, il est passé de 16,5 à 8,3 pour un million de couples selon les chiffres de 2001 (Patterson, 2003).

Les femmes les plus à risque d'être violentées sont âgées de 18 à 24 ans; un peu plus de 37% d'entre elles admettent cette situation (Santé Québec, 1996). Selon l'enquête canadienne, c'est 56% des femmes ayant connu une relation conjugale abusive dans l'année précédente qui étaient âgées entre 18 et 34 ans, soit l'âge de procréation (Santé Canada, 1999). Enfin,

une Canadienne sur cinq, qui dit avoir été violentée par son conjoint, l'a été durant sa grossesse. Dans 40% de ces cas, la violence a débuté à ce moment. Cependant, dans la majorité des situations, la violence débute avant la grossesse et elle s'intensifie durant cette période. Le risque demeure le même ou augmente une fois que l'enfant naît. Selon la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, l'incidence de la violence pendant la grossesse peut varier entre 4% et 17% (Santé Canada, 1999).

Les femmes victimes de violence conjugale durant la grossesse sont souvent plus jeunes, elles sont plus fréquemment séparées ou vivant en union de fait, leur scolarité est moins élevée, elles ont un faible revenu et la plupart du temps elles sont sans emploi. Il y aurait, selon certaines études, des différences ethnoculturelles importantes quant à la prévalence et à la façon de concevoir la violence conjugale durant la grossesse. Il y aurait aussi un risque plus élevé (3 fois) de se retrouver dans une situation de violence chez les femmes canadiennes dont la grossesse n'est pas planifiée (Séguin *et al.*, 2000). La période prénatale constitue donc un moment significatif dans l'évolution de la violence conjugale.

1.1.4 Les manifestations

La majorité des auteurs s'entendent pour dire qu'il existe cinq formes de violence entre conjoints. La violence psychologique est généralement la première forme de violence à apparaître, mais sa subtilité la rend difficile à percevoir et à déceler. Elle se cache dans les attitudes et les propos méprisants, humiliants, dénigrants et dévalorisants du conjoint violent. Elle peut aussi se traduire par les crises de jalousie qui isolent petit à petit la femme de son environnement social. Elle s'accompagne régulièrement de violence verbale. Le chantage, les sarcasmes, les mots et le ton de voix employés sont souvent le véhicule de la violence psychologique (Gouvernement du Québec, 1995; Moisan et Bonfanti, 1994). Lorsque la femme est enceinte, son conjoint violent peut tenter de l'intimider ou de la menacer, pour l'empêcher ou la forcer de se faire avorter contre son gré. Il peut limiter l'accès de sa conjointe aux services de professionnels de la santé en ce qui a trait aux soins prénataux. Il peut également nier sa responsabilité de père. Une fois que l'enfant naît, la relation mère-enfant devient pour le conjoint violent une nouvelle arme pour atteindre sa victime (Santé Canada, 1999).

La forme de violence la plus évidente, et la première à être reconnue, est la violence physique. Elle peut se manifester par différents gestes, comme bousculer, serrer un bras, tirer les cheveux, mordre, gifler, frapper à coups de poing ou de pied. Les coups peuvent aussi être portés à l'aide d'objets, comme un couteau, une chaise, une bouteille de verre cassée. Il en résulte souvent des marques visibles pour la femme, comme des ecchymoses, des coupures, des fractures. Une autre forme de violence physique est la destruction d'objets dans le but de terroriser l'autre (Gouvernement du Québec, 1995; Moisan et Bonfanti, 1994). Dans le cas d'une grossesse, la femme risque de subir des violences physiques plus graves qu'avant de devenir enceinte, particulièrement dans la région abdominale (Santé Canada, 1999).

La violence physique peut parfois escalader jusqu'à la violence sexuelle. Cette dernière ne se limite pas seulement aux actes à caractère sexuel non désirés (ceux-ci vont du harcèlement et de l'intimidation à la brutalité et au viol); elle atteint la femme dans toute son intégrité. Cette forme de violence peut impliquer la pornographie, toujours dans les cas où la femme est forcée à faire ou à voir des choses contre son gré. C'est la forme de violence dont les victimes parlent le moins (Gouvernement du Québec, 1995; Moisan et Bonfanti, 1994). Cette violence peut être particulièrement présente lors de la grossesse. Par exemple, le conjoint peut refuser d'avoir des relations sexuelles parce qu'il trouve le corps de la femme repoussant, ou encore la forcer à avoir des relations sexuelles sans son consentement et ce, même tout de suite après la naissance de l'enfant. Il peut aussi forcer ou refuser d'utiliser des moyens de contraception (Santé Canada, 1999).

Enfin, la violence peut aussi apparaître au niveau économique, lorsque le conjoint contrôle entièrement les activités financières de la femme (Gouvernement du Québec, 1995; Moisan et Bonfanti, 1994). Cette forme de violence, dans le cas d'une femme enceinte, peut l'empêcher de s'assurer d'une alimentation saine. L'homme peut aussi la forcer à occuper un emploi qui dépasse les capacités physiques de son état parce qu'il refuse de subvenir à ses besoins (Santé Canada, 1999).

Ces cinq formes peuvent exister de façon concomitante.

1.1.5 Les conséquences

Les conséquences des diverses manifestations de violence sont multiples et se situent à deux niveaux : individuel, pour celles qui vivent la violence; et social, pour l'ensemble des femmes de la société.

Plusieurs facteurs peuvent influencer les conséquences individuelles de la violence conjugale : gravité et durée des agressions; personnalité de la victime; soutien de l'entourage; et ressources disponibles. Mais ce qui est commun à l'ensemble des victimes, ce sont les nombreuses craintes et la peur constante qu'elles vivent face à l'imprévisibilité de la violence. La violence conjugale entraîne également des conséquences graves sur la santé physique et psychologique des victimes, ainsi que, dans certains cas, des problèmes de dépendance à l'alcool et aux drogues (Moisan, 1993). Selon une étude québécoise, 98,2% des femmes ayant effectué un séjour en maison d'hébergement présenteraient au moins un problème de santé un an après leur séjour (Gouvernement du Québec, 1995). De plus, au plan psychologique, les femmes violentées ont souvent une faible estime d'elles-mêmes et ressentent beaucoup de honte et de culpabilité face à leur situation. Enfin, sur le plan économique, elles sont à risque de pauvreté lorsqu'il y a rupture. Le haut taux d'absentéisme et la baisse de productivité affectent leur rendement au travail (Moisan, 1993). La violence conjugale pendant la grossesse, en plus d'entraîner les problèmes mentionnés ci haut, peut provoquer de graves complications pour la santé de la mère et du fœtus (Santé Canada, 1999).

Ce ne sont pas uniquement les femmes victimes de la violence conjugale qui en sont affectées. Les enfants, témoins de cette violence, sont également des victimes trop souvent oubliées. Plusieurs coûts sociaux sont directement liés à cette problématique : pour les soins médicaux et les services sociaux; les ressources policières et judiciaires; ainsi que les programmes de traitement qui sont mobilisés par cette situation (Moisan, 1993). Pour les soins de santé seulement, l'estimation des coûts annuels au pays s'élève à plus de 1,5 milliards de dollars, alors qu'ils totaliseraient plus de 4,2 milliards, tous services confondus (Santé Canada, 1999).

1.1.6 La difficulté de quitter un conjoint violent

Il n'est pas toujours évident, d'un point de vue extérieur, de comprendre pourquoi les femmes restent dans une situation de violence conjugale. Pourtant, plusieurs explications sont possibles : l'espoir que la situation va changer; la perspective de la pauvreté si elle quitte le conjoint; la conviction de ne pas avoir le droit de priver les enfants d'un père; la peur; les sentiments de culpabilité et de honte; l'isolement; la méconnaissance des ressources; l'impression d'impuissance totale à changer la situation; l'amour et l'attachement pour le conjoint violent qui, malgré tout, possède certaines qualités (Moisan, 1993). Il est important de tenir compte de ces éléments lors de l'intervention.

1.1.7 Conclusion

Cette mise à jour a permis à l'équipe de réaliser l'absence de recherches sur l'intervention en contexte de périnatalité. Les quelques recherches sur l'intervention auprès des femmes victimes de violence conjugale sont de nature évaluative; elles portent sur l'intervention en général et non pas sur une période précise. Elles visent à évaluer l'efficacité des modèles d'intervention, comme par exemple, le modèle féministe (Rinfret-Raynor, Pâquet-Deehy, Larouche et Cantin, 1992). Par contre, cette approche ne représente pas l'ensemble des possibilités d'intervention face à la violence conjugale. Par conséquent, il semble y avoir une lacune au niveau des écrits scientifiques portant sur l'intervention en matière de violence conjugale, particulièrement lors de la grossesse. C'est pourquoi l'équipe a résolu de poursuivre sa recherche documentaire à partir des écrits des praticiens. Ce volet réalisé au début de la démarche et présenté au deuxième chapitre va s'avérer très riche de connaissances.

Les membres de l'équipe vont recueillir des connaissances à différentes sources et tenter de les intégrer à leur pratique. On peut qualifier cette opération de transfert des connaissances.

1.2 Le transfert des connaissances

Le transfert des connaissances est défini comme « ...un processus qui a pour objectif l'appropriation par un utilisateur, des résultats de la recherche, en vue d'une application (...) dans le champ de l'intervention clinique » (Comité aviseur sur la recherche et l'évaluation en

toxicomanie, 1997). Selon Roy, Guindon et Fortier (1995), le processus de transfert des connaissances comporte six étapes :

1. la **création** de la connaissance : cette étape consiste à générer des connaissances nouvelles qui seront pertinentes pour mieux comprendre et agir dans la pratique. Ainsi, dès le départ, le choix de la question de recherche se doit de représenter une préoccupation actuelle pour les intervenants afin de favoriser un transfert des connaissances réussi;
2. la **transformation** de la connaissance : il s'agit de convertir les résultats de la recherche, sans pour autant en perdre le sens, afin de les rendre accessibles à un auditoire autre que celui composé uniquement de chercheurs. La connaissance doit être adaptée, traduite, synthétisée et/ou vulgarisée afin que les intervenants, qui sont en mesure de la mettre en pratique, puissent bien la comprendre;
3. la **diffusion** de la connaissance : une fois la connaissance adaptée au niveau de compréhension de l'auditoire visé, alors elle peut être transmise. Cependant, il ne suffit pas qu'une recherche soit bonne pour qu'elle soit utilisée; elle doit répondre à un besoin immédiat, circuler à travers les réseaux appropriés et être considérée en temps opportun;
4. la **réception** de la connaissance : le transfert des connaissances ne s'arrête pas à la diffusion; ce n'est pas parce que les résultats d'une recherche sont diffusés que les intervenants se mettront nécessairement à les appliquer. En effet, tous les efforts de conception, d'adaptation et de communication sont vains si les praticiens ne sont pas réceptifs à la connaissance qui leur est transmise;
5. l'**adoption** de la connaissance : suite à la réception d'une information, la personne juge de sa pertinence et peut décider de l'adopter ou de la rejeter;
6. l'**utilisation** de la connaissance : c'est finalement l'étape où l'intervenant met en pratique les nouvelles connaissances qu'il vient d'acquérir.

Ainsi, le processus de transfert des connaissances se compose d'étapes sous la responsabilité principale des chercheurs (création, transformation, diffusion de la connaissance), mais aussi d'étapes sous le contrôle des intervenants (réception, adoption, utilisation de la

connaissance). Même lors de ces dernières étapes, certains efforts peuvent être faits par les chercheurs afin de favoriser le transfert des connaissances : par exemple, ils peuvent préciser la disposition des gens à l'application des connaissances par une mesure de sensibilisation, ou encore assurer un contexte d'application des connaissances (Beaudoin et Laquerre, 2001). La présente démarche de recherche vise justement à se centrer sur les étapes de réception, d'adoption et d'utilisation des connaissances, en travaillant continuellement de pair avec l'équipe d'intervenants.

Il est à noter que la présence d'un contexte organisationnel favorable revêt une extrême importance (Dagenais, 2000; Laquerre, 2000). En ce sens, le CLSC Saint-Hubert, affilié à l'Université de Montréal, présente une culture organisationnelle propice au transfert et à la diffusion des connaissances. Par exemple, depuis 1999, des journées d'érudition sont organisées et les professionnels y présentent les résultats des projets de recherche auxquels ils participent.

Alors que la diffusion concerne habituellement des savoirs théoriques, une fois que les intervenants se les approprient et les mettent en application, ils se traduisent en savoir-faire et en savoir-être (Beaudoin et Laquerre, 2001), par un processus qu'il est difficile de définir. En effet, ces nouveaux acquis sont perfectionnés avec le temps, au fur et à mesure que les praticiens acquièrent de l'expérience. L'étude de ces savoirs expérimentiels est cruciale pour bien comprendre le processus plus large dans lequel s'intègrent l'appropriation des connaissances et les caractéristiques de son aboutissement.

1.3 Les savoirs d'expériences : des savoirs bien particuliers

La théorisation sur la nature et la production des savoirs d'expérience a servi de toile de fond à la démarche de l'équipe. Quatre grands principes énoncés par Racine et Legault (2001) permettent d'illustrer l'enracinement de cette expérience : les savoirs d'expérience s'acquièrent dans la pratique; ils sont pluriels; ils se développent à travers le regard de l'autre; de même que par la réflexion.

1.3.1 Les savoirs d'expérience s'acquièrent dans la pratique

En 1987, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publiait une étude révélant que les étudiantes en sciences infirmières n'étaient pas prêtes à devenir des professionnelles autonomes à la fin de leurs études (Mandeville, 2004). Parmi les lacunes soulevées, il était possible de noter des difficultés à appliquer leurs connaissances théoriques, à faire des liens entre leurs observations et l'état d'un patient, à établir des priorités dans leurs tâches quotidiennes, à planifier les soins à prodiguer et à évaluer les impacts de leurs interventions (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1984; dans Mandeville, 2004). Dans d'autres domaines également, tels qu'en administration, en éducation, en médecine, en ingénierie et en psychologie, des auteurs ont critiqué la formation académique en raison de l'incapacité des programmes actuels à préparer les étudiants à affronter la réalité de la pratique de façon efficace (Curry et Wergin, 1993; Mandeville, 2004).

À titre d'explication, Mandeville (2004) prétend qu'il existe un écart entre le savoir théorique (scientifique) enseigné dans les universités et le bagage nécessaire à développer pour devenir un bon praticien. En effet, la formation reçue pousse les étudiants à assimiler de nombreuses informations, alors que très peu d'accent est mis sur le développement de compétences et d'habiletés professionnelles. Résultat immédiat : le praticien fraîchement sorti des bancs d'école est de moins en moins capable d'apprendre à partir de sa pratique, de relever ses propres erreurs et de les rectifier (St-Arnaud, 1992).

La réalité de l'intervention est complexe et pour en maîtriser toutes les subtilités, il est impensable de se limiter uniquement aux concepts théoriques enseignés à l'université. En fait, relevant davantage du savoir-faire que du savoir, la pratique semble correspondre avant tout à une activité artistique, basée sur l'intuition, plutôt qu'à une activité scientifique (Mandeville, 2004). Papell et Skolnik (1992) ont d'ailleurs recensé bon nombre d'auteurs qui remettaient en question la capacité de la science à expliquer les aspects plus « intuitifs » du travail social.

En effet, la pratique comporte des savoirs qui ne peuvent être enseignés par la science; ils ne s'apprennent pas par de simples lectures ou par de la mémorisation (Payette et Champagne,

1997). Ces « savoirs pratiques » sont appelés « savoirs d'expérience », puisqu'ils proviennent d'une connaissance personnelle et directe d'une situation (Racine, 2000) et sont acquis directement dans le cadre de tâches professionnelles (Chammas, 2001). Ils en font partie intégrante, et ne peuvent donc être transmis qu'à travers leur mise en pratique (Bourassa, Serre et Ross, 1999; Payette et Champagne, 1997). Ainsi, contrairement à la science où le savoir précède l'action, lorsqu'il est question de pratique, c'est plutôt l'action qui précède le savoir (St-Arnaud, 1992).

Comme leur appellation l'indique, les savoirs expérientiels sont un type de connaissances qui est directement issu de l'expérience de l'intervenant, alors que celui-ci évolue dans son quotidien. Ces savoirs sont différents des savoirs théoriques, enseignés par la science. En fait, loin d'être une simple application de la connaissance scientifique, comme le prétend un principe de l'approche positiviste (Chammas, 2001; Scott, 1990, dans Racine et Legault, 2001; Schön, 1994), l'intervention est un procédé beaucoup plus complexe et riche que la seule application de techniques et de connaissances étudiées à l'université (Racine et Legault, 2001). Ainsi, il est apparu essentiel de documenter le déroulement des interventions des membres de l'équipe et l'évolution de leur démarche.

1.3.2 Les savoirs d'expérience sont pluriels

L'intervention est un art qui se construit à partir d'un amalgame de savoirs théoriques et expérientiels. Les savoirs à développer sont nombreux puisque la pratique est complexe et les contextes, ainsi que les problématiques d'intervention, sont hétérogènes. Les intervenants doivent à la fois réfléchir de façon intuitive, créative et imaginative, et à la fois de façon logique, causale et déductive (Goldstein, 1990). L'existence d'un savoir « tacite », issu de la combinaison des expériences cognitives et affectives de l'intervenant, n'est donc pas à nier (Imre, 1985). Face à ces acquis s'ajoutent et s'amalgament des savoirs théoriques, approfondis et renouvelés par des lectures et des formations. La démarche de l'équipe a tenu compte de ces deux pôles, théorique et expérientiel.

1.3.3 Les savoirs d'expérience se développent à travers le regard de l'autre

Malgré le fait que les savoirs issus de l'expérience appartiennent uniquement à celui qui les développe (Chammas, 2001), il n'en demeure pas moins que ce processus possède une dimension sociale. L'intervention d'une équipe concerne plusieurs acteurs à la fois, ce qui pousse à considérer la construction des savoirs d'expérience comme un processus englobant le vécu des autres, où le praticien apprend à travers le regard des autres ou lorsque sa propre expérience est confrontée à celle des autres (Racine, 2000; Racine et Legault, 2001). Ainsi, les discussions d'équipe ont été considérées dans la présente démarche, comme un lieu privilégié de développement des connaissances.

1.3.4 Les savoirs d'expérience se développent par la réflexion

Selon Argyris et Schön (1999 dans Bourassa *et al.*, 1999), l'apprentissage de la pratique professionnelle ne se fait que par la réflexion de l'intervenant, dans et sur son action (Bourassa *et al.*, 1999). En effet, il s'agit d'un savoir qui émerge de la pratique, à travers un processus réflexif (Schön, 1994).

Cette notion d'apprentissage par la réflexion dans et sur l'action est fondamentale pour le praticien et ce, peu importe qu'il soit novice ou expert. En effet, face à une réalité constamment en changement, ce dernier, même lorsqu'il est expérimenté, doit sans cesse s'adapter et acquérir un nouveau savoir-faire. Faisant régulièrement face à des situations qui se complexifient, il doit continuellement parfaire ses connaissances afin de comprendre ces situations, et ses habiletés, afin d'ajuster ses interventions, dans le but de demeurer ou de devenir plus efficace (Bourassa *et al.*, 1999).

Une réflexion peut se produire au moment même où l'action se déroule (Chammas, 2001). Mais un intervenant peut également repenser à une situation qu'il a rencontrée afin de mieux se préparer à traiter ses prochains cas, en se demandant quelle compréhension il en a eu. Les objets de sa réflexion peuvent être aussi variés que les sortes de phénomènes qu'il rencontre. Il arrive qu'il réfléchisse aux normes sous-jacentes à un jugement ou aux théories implicites d'un comportement. Sa réflexion peut aussi porter sur une émotion qu'il a ressentie et qui l'a mené à une ligne de conduite (Schön, 1994). Les praticiens réfléchissent également à leurs actions et à leurs interactions avec la clientèle dans les dossiers qu'ils n'arrivent pas à traiter

spontanément. Cela peut se produire lorsqu'ils font face à une situation non résolue, ou encore lorsqu'ils constatent que leur façon d'intervenir est inefficace (Racine et Legault, 2001).

Même si les intervenants n'arrivent pas à expliquer le comment et le pourquoi de leurs actions, ils réfléchissent toutefois à leur savoir professionnel. Souvent, suite à un événement, ils se remémorent leur façon de l'analyser et d'agir, que ce soit par pure spéculation, ou encore dans le but de mieux se préparer pour un cas subséquent (Schön, 1994).

Ce qui définit sa profession est le fait que le praticien est confronté de façon répétée à plusieurs variétés de certains types de situations. Ceci fait en sorte qu'il développe des attentes, des techniques. S'il rencontre une certaine stabilité dans les cas qui forment sa pratique, son savoir professionnel tend à devenir de plus en plus tacite, spontané et automatique (Schön, 1994). Cette spécialisation permet au praticien de développer des théories de l'action. Il a avantage à en prendre connaissance, puisque ces théories lui permettent de mieux comprendre ce qui guide ses choix et oriente ses interventions. Il parvient à acquérir une certaine souplesse et devient ainsi plus efficace (Bourassa *et al.*, 1999).

Généralement, la réflexion dans l'action sera stimulée par l'effet de surprise. Lorsque sa façon de faire apporte les résultats escomptés, le praticien aura tendance à ne pas s'y attarder plus longtemps. Mais lorsqu'un événement intrigant, intéressant ou dérangeant survient, le praticien se mettra à y réfléchir et à analyser sa façon d'intervenir. En même temps qu'il s'efforce d'en tirer un certain sens, il se remémorera ses actions afin de les critiquer, de les restructurer et de les incorporer à ses interventions futures. « C'est tout ce processus de réflexion en cours d'action et sur l'action qui se situe au cœur de « l'art » qui permet aux praticiens de bien tirer leur épingle du jeu dans des situations d'incertitude, d'instabilité, de singularité et de conflits de valeurs » (Schön, 1994, p. 77).

Lorsqu'une situation ne cadre pas dans les catégories habituelles du savoir pratique, l'intervenant peut accéder à divers niveaux de réflexion afin d'en arriver à une meilleure

compréhension de ce nouveau phénomène. Dans un premier temps, il posera un regard critique qui le mènera à une nouvelle description du phénomène. Il pourra ainsi restructurer sa façon d'y faire face et vérifier sur le terrain si cette nouvelle construction mène à des résultats efficaces. Lorsque l'expérience est positive, une nouvelle théorie du phénomène peut alors émerger et elle peut être incorporée dans les actions ultérieures (Chammas, 2001; Schön, 1994).

Ces six niveaux de réflexion (poser un regard critique, construire une nouvelle description du phénomène, en vérifier la pertinence, restructurer le cadre d'analyse, définir une nouvelle théorie du phénomène, incorporer ces découvertes dans les actions ultérieures) ont guidé les membres de l'équipe du CLSC Saint-Hubert vers une nouvelle compréhension du phénomène de la violence conjugale et leur a permis de modifier leur façon d'intervenir auprès de leurs clientes. Les résultats de cette réflexion d'équipe seront traités plus loin, dans le chapitre 3.

Ainsi, devant l'importance accordée dans le cadre de la présente démarche au transfert des connaissances et au développement de savoirs d'expérience, il a semblé pertinent d'inscrire cette démarche dans une recherche-action. En outre, cette façon de procéder permet l'implication des intervenants à toutes les étapes de la démarche de la recherche, ce qui favorise l'appropriation de nouvelles connaissances par les intervenants (Roy *et al.*, 1995).

1.4 La recherche-action

La recherche-action est reconnue comme un véhicule particulièrement bien adapté à la production des savoirs d'expérience (Racine, 2000).

« La recherche-action est un processus dans lequel les acteurs et les chercheurs, conjointement, investiguent systématiquement une donnée et posent des questions en vue de solutionner un problème immédiat vécu par les acteurs et d'enrichir le savoir cognitif, le savoir-faire et le savoir-être, dans un cadre éthique mutuellement accepté » (Collectif, 1981, p. 2).

La définition de Gauthier (1993, p. 524) met l'accent sur le côté dynamique de la recherche-action : « c'est une modalité de recherche qui rend l'acteur chercheur et qui fait du chercheur un acteur, qui oriente la recherche vers l'action et qui ramène l'action vers des considérations

de recherche ». Résumant les définitions données par un ensemble d'auteurs, Mayer et Ouellet (1991, p. 115) dégagent certaines caractéristiques de la recherche-action :

1. il s'agit d'une démarche collective intégrant à la fois une stratégie de recherche et une stratégie d'action;
2. elle est réalisée par une équipe multidisciplinaire au sein de laquelle les chercheurs et les acteurs sont engagés dans une relation non plus de sujet-objet de recherche mais de collaboration et de concertation;
3. elle est centrée sur une situation concrète qui fait problème, insérée dans des rapports sociaux réels et liée à une action de changement social;
4. elle vise à produire une meilleure connaissance des conditions et des résultats de l'action expérimentée pour en dégager des acquis susceptibles d'être généralisés;
5. elle exige de l'engagement intellectuel et affectif de chaque participant, une ouverture à la critique et à la remise en question et la capacité de chacun de faire évoluer ses conceptions, sa pratique et ses rapports interpersonnels en fonction du développement de la recherche-action.

Bref, la recherche-action possède certaines modalités qui lui sont particulières. Tout d'abord, il n'y a pas de vérification d'hypothèse. En effet, des résultats spécifiques sont imprévisibles dans le cadre d'une telle démarche. Également, l'utilisation de questionnaires validés n'est pas obligatoire, puisqu'il s'agit de documenter l'expérience de l'équipe tout au long de la période que couvre la recherche. De plus, une particularité du devis de recherche est qu'il n'y a pas un ordre précis dans le déroulement des étapes (Morin, 1991). Le plan le plus utilisé pour les étapes est en « spirale ». Chaque étape est évaluée et corrigée avant de passer à une autre action. Selon Morin (1991), il y a quatre grandes étapes : l'idée; la reconnaissance; le plan; et l'implantation.

La recherche-action est une expérience professionnelle qui réunit des praticiens et des chercheurs dans une démarche commune (Dolbec, 1998; Lavoie, Marquis et Laurin, 1996). Le partage des savoirs, des expériences et des connaissances est primordial dans le processus (Balcazar, Keys, Kaplan et Suarez-Balcazar, 1998; Groupe de recherche et d'intervention en

promotion de la santé de l'Université Laval, 1997). Ce partage implique un minimum de complicité professionnelle. Le fonctionnement de l'équipe en question avait été rodé et une complicité professionnelle, déjà instaurée. Ces caractéristiques constituent des conditions favorables à l'instauration d'une démarche de recherche-action.

Réussir un changement est un des buts de ce type de recherche (Balcazar *et al.*, 1998; Lavoie *et al.*, 1996), de même que la résolution de problèmes. Les résultats ne sont pas toujours visibles en cours de route. Ainsi, il est courant d'évaluer une recherche-action après que le projet soit terminé. Cette façon de procéder a été adoptée dans le cas présent.

CHAPITRE II – LE DÉROULEMENT DE LA DÉMARCHE

Tel que présenté au chapitre précédent, la recherche-action a été choisie comme méthode afin de répondre aux objectifs proposés par les intervenants. Cette méthode appelle à une démarche qui n'est pas pré-déterminée et dont le déroulement est propre à chacune des étapes entreprises (Gauthier, 1993). Le présent chapitre décrit la mise en place du cheminement et quelques moments clés de son déroulement.

En premier lieu, les modalités de la recherche-action choisies par l'équipe seront présentées. Viendra ensuite la recension des écrits sur les modèles d'intervention en violence conjugale qui a servi de point de départ à l'appropriation des connaissances; à cet égard les choix de contenu faits par l'équipe seront présentés. Les questionnements initiaux et ceux soulevés en cours de route ont été consignés et témoignent d'une partie des réflexions des intervenants. Le développement des outils de travail nécessaires à la démarche sera expliqué. Les modalités de bilan et de diffusion de la démarche suivront. Enfin, la chronologie de la démarche sera présentée sous forme de tableau, afin de fournir une vue d'ensemble des étapes réalisées.

2.1 Les modalités de la recherche-action

Les membres de l'équipe PRINSIP ont participé à toutes les étapes du projet : demandes de subvention; choix des outils pédagogiques; et organisation matérielle. Les analyses de cas cliniques devaient avoir lieu lors des réunions d'équipe et étaient présentées par les intervenants. De plus, les intervenants ont eu à consacrer du temps hors travail rémunéré pour participer à ce projet : lectures; rédaction de leurs interventions; prise de données pour les présentations. Les réunions ont eu lieu au CLSC Saint-Hubert, 70 minutes aux quinze jours sur deux ans. Étaient présents les membres de l'équipe, la chercheuse et une auxiliaire de recherche. Les discussions cliniques ont débuté en mars 2002 et se sont terminées en mars 2004.

Il était difficile de prévoir dès le départ la nature exacte des résultats, puisqu'il s'agit d'une recherche-action. L'instauration d'un mécanisme de rétroaction continue (analyse des discussions et production de synthèses soumises aux intervenants à chaque rencontre) a

permis de suivre la démarche au fil de son déroulement et de s'assurer que le projet ne déviait pas des objectifs fixés.

En ce qui a trait aux considérations éthiques, les intervenants qui ont participé à la démarche de recherche ont signé un formulaire de consentement (voir l'annexe 2). Afin de respecter la confidentialité, les noms des clientes n'étaient pas utilisés dans les discussions ni dans les transcriptions. Il est à noter que le consentement des clientes n'était pas requis puisque l'analyse portait sur les interventions des participants. Les membres de l'équipe ont donné leur accord pour que les discussions soient enregistrées, dactylographiées et analysées par une auxiliaire de recherche. Cette procédure a permis de pallier à la brièveté des rédactions des dossiers cliniques et d'assurer une fidélité au regard collectif sur la nature et le déroulement de l'intervention.

2.2 La recension des écrits sur les modèles d'intervention en violence conjugale

La rareté des écrits scientifiques sur l'intervention auprès des femmes victimes de violence conjugale a amené l'équipe à élargir son bassin de recherche documentaire. Nous avons recensé les écrits produits par les praticiens. Ces écrits ne se retrouvent pas dans des revues scientifiques, mais plutôt dans des livres portant sur l'intervention. En général, ces ouvrages comportent plusieurs chapitres sur différents aspects de la problématique, mais aussi sur différents modèles d'intervention. Cependant, certains de ces documents sont très généraux ou ne considèrent que certains aspects de l'intervention auprès des femmes violentées (vécu, groupes et réseau de soutien, techniques particulières).

Un document spécifique a été repéré : *Le guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse* (Santé Canada, 1999). Ce document comprend les objectifs généraux du suivi psychosocial : assurer la sécurité des femmes et des enfants; amener les femmes à refuser la violence comme mode d'interrelation conjugale; amener la femme à prendre du pouvoir sur sa vie; briser l'isolement; et tenir compte de la présence ou non des symptômes de stress post-traumatique.

Les objectifs spécifiques du suivi psychosocial visent à outiller la femme afin qu'elle se protège efficacement et protège ses enfants. Les auteurs abordent également l'intervention en présence de symptômes associés à l'état de stress post-traumatique. Le plan d'intervention doit tenir compte de l'état de stress post-traumatique présent.

La difficulté réside dans les applications concrètes des principes directeurs. À titre d'exemple :

- € comment communiquer à la cliente que la violence est inacceptable sans qu'elle se sente inadéquate, jugée par l'intervenant, faisant ainsi obstacle au développement du lien de confiance?
- € comment sélectionner et adapter l'information sur la sécurité et les ressources, lorsque la cliente subit de la violence psychologique, sans violence physique, ou qu'elle nie le problème?
- € comment justifier la poursuite d'un suivi auprès d'une cliente qui choisit de rester dans la situation de violence?
- € comment intégrer les principes de l'*empowerment* auprès de cette clientèle?

Ce questionnement a justifié la recherche de nouvelles connaissances de savoir-faire. L'identification de l'ensemble des modèles d'intervention en violence conjugale semblait un bon point de départ. La consultation des différents écrits des praticiens a révélé des modèles plus variés que prévus et se référant à des perspectives théoriques fort différentes. Selon Dutton (1992), les perspectives théoriques qui ont apporté des outils intéressants pour l'intervention auprès des femmes violentées se divisent en six groupes :

- € les approches cognitives-behaviorales :
 - o la réduction du stress, la relaxation, la restructuration cognitive, les jeux de rôles, le développement d'habiletés, la résolution de problèmes, l'utilisation de l'imagerie;
- € les approches expérientielles :

- la *gestalt*, le psychodrame, les thérapies du mouvement, l'utilisation de l'art et de la musique et les thérapies existentialistes qui focalisent sur le présent de la femme violentée;
- ∄ l'hypnothérapie :
 - l'utilisation des diverses techniques hypnotiques;
- ∄ les approches *insight-oriented* :
 - les thérapies dynamiques qui examinent l'impact des expériences passées sur la cliente, les génogrammes familiaux;
- ∄ les approches psychoéducatives :
 - la dynamique des relations abusives;
- ∄ les approches féministes :
 - le cycle de la violence;
 - l'analyse du pouvoir.

Les modèles sont généralement présentés de façon concise, mais les pistes d'intervention proposées dans de tels ouvrages peuvent suggérer aux intervenants de nouveaux outils adaptables à leur clientèle. C'est pourquoi un texte synthèse des modèles répertoriés a été produit à l'intention des participants à la recherche (Bérubé et Pagé, 2002). Voici un bref résumé de ces modèles.

L'approche féministe

Le modèle féministe a comme fondement l'hypothèse que la violence conjugale est issue du déséquilibre de pouvoir entre les hommes et les femmes dans notre société patriarcale et catholique. Cette violence permet de maintenir ce rapport inégalitaire. Les rôles masculins et féminins sont maintenus par la socialisation de genre. Les féministes croient que, par son manque d'intervention efficace, la société tolère et encourage une telle situation (Moisan, 1993).

Un des outils utilisés par les intervenantes du mouvement féministe, pour expliquer la violence conjugale aux femmes qui la subissent, est le ***cycle de la violence***. Celui-ci a été

conçu par Lenore Walker³ à la fin des années 1970. Il comportait à l'origine trois phases, auxquelles une quatrième est venue se greffer par la suite, pour donner le modèle de référence actuel. Chacune des phases est caractérisée par un comportement du conjoint et la réaction de la femme face à ce comportement.

La première phase est celle de la *tension*. L'homme devient de plus en plus irritable; les conflits se multiplient et prennent de l'ampleur. La conjointe est généralement celle qu'il responsabilise pour ses actes. De son côté, la femme ressent de plus en plus de crainte face à l'éventuelle explosion. La phase suivante est celle de l'*agression*. L'homme manifeste sa violence d'une façon ou d'une autre. La femme se sent démolie. Au cours de la troisième phase, l'homme se déresponsabilise de ses actes en minimisant la gravité et en transférant une partie de la responsabilité à sa conjointe. Ceci aura pour effet de la culpabiliser et de lui faire modifier ses comportements pour tenter de remédier à la situation. Finalement vient la « *lune de miel* ». L'homme s'excuse, promet de changer, offre des cadeaux, sans toutefois déculpabiliser sa conjointe. La femme gardera l'espoir à tout prix, puisqu'elle veut préserver sa relation (Moisan et Bonfanti, 1994).

L'intervention féministe peut survenir en situation de crise. Elle peut aussi être à court, moyen ou long terme. En premier lieu, il s'agit de diminuer les tensions, tout en supportant et en validant l'expérience de la femme. Ensuite, l'objectif sera de l'aider à reconstruire son estime de soi et de lui redonner une certaine autonomie, pour enfin briser le cycle de la victimisation. L'intervention individuelle est possible et même souhaitable lorsque la femme est en début de processus, mais par la suite, l'intervention de groupe est privilégiée par plusieurs féministes.

Les intervenantes de l'approche féministe tenteront d'expliquer à la femme qu'elle est prise dans le cycle de la violence et comment chaque geste du partenaire tente de la responsabiliser alors que dans les faits, l'homme est l'unique responsable de ses actions. En la sensibilisant à ce cycle, la femme qui n'est pas prête à quitter le foyer conjugal peut tout de même rester

³ Voir à ce sujet : Walker, L.E. (1979). *The Battered Woman*. New York: Harper and Row; Walker, L.E. (1984). *The Battered Women Syndrome*. New York: Springer Publishing Company.

attentive à la montée de la tension et ainsi anticiper l'agression pour se protéger comme elle peut.

L'important dans ce type d'intervention est de sensibiliser la femme violentée à l'explication féministe de la violence conjugale. En réalisant que la violence qu'elle subie est due à l'inégalité des sexes et au pouvoir masculin propre à la société patriarcale, la femme se déresponsabilise de la violence subie et peut ainsi rebâtir sa confiance en soi.

Les intervenantes de l'approche féministe tenteront de mettre l'accent sur l'accompagnement des femmes dans l'accomplissement d'actions concrètes afin de briser leur isolement et leur permettre de reprendre le contrôle sur leur vie. Il est également important que les femmes veillent à leur besoin de sécurité physique et psychologique.

Les intervenantes sont conscientes qu'il n'est pas toujours facile pour une femme de se sortir d'une situation de violence conjugale. Certaines femmes, même si elles quittent le conjoint violent, peuvent ressentir le besoin de retourner dans la relation et ce, à plusieurs reprises. Cela fait partie du processus de changement. L'intervention féministe vise à recentrer la femme sur ses pensées, ses émotions et ses besoins, selon la phase dans laquelle elle se situe (Rinfret-Raynor *et al.*, 1992).

L'étude de Rinfret-Raynor *et al.* (1992) a évalué l'efficacité d'un modèle féministe (Larouche, 1982, 1985, 1987)⁴ dans l'intervention auprès des femmes victimes de violence conjugale. Les auteures concluent que l'intervention féministe est efficace à travers le temps. En effet, il existe une différence significative pour les femmes entre le début et la fin du traitement. De surcroît, les effets sont maintenus même après la fin de l'intervention. Cependant, l'intervention de groupe ne serait pas supérieure à l'intervention individuelle, comme le postulait l'hypothèse de départ. De plus, aucune différence significative n'existerait entre le groupe ayant été suivi par des intervenantes formées par l'approche

⁴ Voir à ce sujet: Larouche, G. (1982). *Protocole d'intervention en service social auprès de la clientèle des femmes battues*. Montréal : Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec; Larouche, G. (1985). *Guide d'intervention auprès des femmes violentées*. Montréal : Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec; Larouche, G. (1987). *Agir contre la violence*. Montréal : La pleine lune.

féministe et le groupe ayant été suivi par des intervenantes n'ayant reçu aucune formation spécifique sur l'intervention avec des femmes violentées. Rinfret-Raynor *et al.* (1992) expliquent ce résultat par la plus grande sensibilisation des services sociaux, depuis le milieu des années 1980, à la problématique de la violence conjugale.

Selon cette étude, l'efficacité de l'intervention ne dépend pas de la formation des intervenants, mais plutôt des critères suivants, qui sont tous reliés à la pensée féministe : « une analyse féministe de la problématique; une intervention centrée sur la femme plutôt que sur le couple ou la famille; l'accent placé sur la restauration de l'estime de soi; l'importance de l'aide concrète; et le travail sur les émotions liées à la violence » (Rinfret-Raynor *et al.*, 1992, p. 67).

Ce modèle est évidemment très spécifique à la problématique de la violence conjugale, puisque c'est en dénonçant ce phénomène qu'il a été développé. Par contre, selon Séguin *et al.* (2000), aucun texte de cette approche n'a été répertorié sur la violence conjugale dans le cadre de la grossesse.

L'approche systémique

L'approche systémique est très utilisée dans le domaine de l'intervention et plus particulièrement dans le domaine familial (Nadeau, 2000). Plusieurs institutions du réseau de la santé et des services sociaux tels que les CLSC, ou certains départements d'hôpitaux ont adopté cette approche dès les années 1960 (Lebel, 2000). La présente section est tirée de l'étude de Rondeau, Brodeur et Carrier (2001) qui dresse un portrait complet de cette approche en violence conjugale.

Selon Rondeau *et al.* (2001, p. 11), « trois arguments empiriques sont avancés pour justifier l'emploi d'une intervention conjointe auprès des couples au sein desquels il y a violence conjugale, à savoir : que plusieurs hommes et femmes n'envisagent pas la rupture au moment d'entreprendre la thérapie; que les actes de violence sont souvent bidirectionnels; et que la violence est rarement perçue par les membres du couple comme étant l'élément le plus

problématique de leur relation. Les autres éléments de justification sont théoriques ou stratégiques et découlent de la construction qui est faite du sens des actes de violence en contexte conjugal ».

L'approche systémique intègre plusieurs membres de la famille : homme; femme; enfants; et certains tiers à différents niveaux (par ex. famille d'origine, voisins, système judiciaire). De plus, selon cette approche, la violence conjugale peut être conceptualisée de deux façons. Elle peut être de nature *instrumentale*, c'est-à-dire qu'elle est une stratégie qui a pour but de contrôler l'autre, ou *expressive*, qui réfère plutôt à une « réponse inadaptée » à la colère issue des conflits conjugaux. La violence peut être unidirectionnelle (les hommes envers les femmes) ou bidirectionnelle (initiée tant par les hommes que par les femmes).

Une des notions qui caractérise l'intervention systémique en violence conjugale, est la notion de *causalité circulaire*. En effet, selon cette notion, tout effet rétroagit sur sa cause, contrairement au modèle linéaire, où il y a lien de cause à effet (Éthier, 1983). Toutefois, on considère le conjoint violent responsable de ses gestes, même si les deux conjoints peuvent contribuer à l'escalade des tensions. À ce moment, les deux conjoints ont une responsabilité dans le maintien de la relation conjugale violente, même si seulement un des deux conjoints choisit d'utiliser la violence.

L'objectif premier de l'intervention en violence conjugale dans une perspective systémique est l'arrêt de la violence. À cet effet, il s'agit de protéger la victime, d'acquérir des habiletés de communication et de contrôle de soi, de modifier les règles de communication et d'accroître la différenciation du « moi » chez les conjoints. L'intervenant ne pose pas de jugement de valeurs sur la situation de violence dans le couple. En fait, il condamne les gestes violents, sans juger la personne qui les pose.

Voici différentes stratégies d'intervention proposées par l'approche systémique en violence conjugale. En premier lieu, il est primordial de faire l'évaluation de la violence, c'est-à-dire de « déterminer la nature, la gravité et l'impact de la violence avant d'établir un plan d'intervention » (Rondeau *et al.*, 2001, p. 36). L'intervention peut prendre différentes

modalités. Elle peut être unilatérale, bilatérale ou dyadique. L'intervention unilatérale consiste à traiter individuellement chacun des partenaires, seul ou en groupe, et ne constitue pas une intervention familiale proprement dite. Elle peut être préalable ou concomitante avec les autres formes d'intervention. En intervention bilatérale, les conjoints sont rencontrés chacun de leur côté (individuellement ou en groupe) mais avec un désir de maintenir l'union. Cette démarche pourra mener à une intervention dyadique si l'un des deux conjoints le désire. Finalement, en intervention dyadique, les conjoints travaillent ensemble leurs modes d'interaction, en couple ou en groupe.

Certaines techniques sont utilisées lors d'une intervention familiale en violence conjugale. Il peut s'agir de contrats de non-violence et de l'élaboration d'un plan d'urgence, de techniques de contrôle de la colère et de gestion des conflits, de techniques visant l'amélioration des compétences communicationnelles ainsi que de la confrontation des représentations sur la violence, la famille et les rôles sexuels.

L'intervention systémique, particulièrement par ses liens avec la thérapie familiale, a un point de vue particulier sur la relation conjugale violente. En effet, l'intervenant peut travailler au maintien de la relation si les deux partenaires le désirent. Il est cependant important d'évaluer périodiquement, lors du suivi, ce désir de poursuivre la relation. Advenant une décision de rupture d'un des deux partenaires, le thérapeute pourra modifier son rôle et les soutenir dans cette avenue.

Selon les auteurs, aucune recherche évaluative n'a été réalisée sur l'efficacité des interventions familiales en violence conjugale. On ne peut donc pas conclure si ce mode d'intervention est plus ou moins efficace que les modèles existants, particulièrement le modèle féministe. Aucune mention n'est faite dans l'étude de Rondeau *et al.* (2001) sur l'application de l'intervention familiale en violence conjugale lors de la grossesse.

L'approche de l'*empowerment*

Le concept d'*empowerment* est né aux États-Unis dans les années 1980. Il est en continuité avec l'approche écologique du développement humain, mais résulte aussi des critiques à l'égard des modèles d'intervention classiques, notamment en regard à la double victimisation et à l'étiquetage des usagers (Damant, Paquet, Bélanger et Dubé, 2001; Ouellet, René, Durand, Dufour et Garon, 2000).

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le concept d'*empowerment* est difficile à circonscrire et que sa définition est loin de faire l'unanimité (Damant *et al.*, 2001; Ouellet *et al.*, 2000). L'utilisation du concept d'*empowerment* par plusieurs disciplines a contribué à cette confusion. Il est tantôt considéré comme un but, un processus ou une approche (Damant *et al.*, 2001). L'*empowerment* est vu comme « un processus impliquant des composantes personnelles et collectives amenant les individus à prendre du pouvoir sur leur vie » (Ouellet *et al.*, 2000, p. 10).

Au plan de la conceptualisation de l'*empowerment*, Damant *et al.* (2001) font ressortir quatre aspects faisant consensus dans les écrits consultés. En fait, l'appropriation d'un pouvoir constitue l'élément central de l'*empowerment*, l'initiation du processus d'*empowerment* est autodéterminée, l'*empowerment* est intrinsèquement associé à l'action et l'*empowerment* comporte plusieurs dimensions (personnelle, interpersonnelle, sociale et collective).

Selon Damant *et al.* (2001), trois paradigmes permettent une typologie des écrits sur le concept d'*empowerment*. Il s'agit du paradigme technocratique, du paradigme écologique et du paradigme structurel. Voici un tableau qui présente ces trois paradigmes.

Les trois paradigmes de l'*empowerment*⁵

	Paradigme technocratique	Paradigme écologique	Paradigme Structurel
<i>Empowerment</i>	<i>Empowerment</i> individuel	<i>Empowerment</i> communautaire/ psychologique	<i>Empowerment</i> collectif/ politique
Pouvoir	Hiérarchique	Pouvoir d'influence	Pouvoir d'autorité, décisionnel, exécutif
Problème	Individu	Conditions incapacitantes	Oppression des groupes sociaux
Origine du problème	Incapacités individuelles	Contexte	Organisation sociale
Cible du changement	Modifier les perceptions et les comportements individuels	Augmenter l'accès aux ressources	Rétablir la justice sociale
Moyen privilégié	Responsabiliser l'individu (adaptation)	Habiliter les groupes et les individus à négocier (consensus)	Affranchir les opprimés (confrontation)
Gain de pouvoir	Pouvoir délégué	Pouvoir partagé	Pouvoir approprié

Damant et ses collègues considèrent que l'*empowerment*, dans une réalité comme la violence conjugale et la violence faite aux femmes, doit référer à un paradigme structurel. En effet, « dans cette perspective, l'*empowerment* fait référence à l'appropriation du pouvoir socio-politique » (Damant *et al.*, 2001, p. 47).

Dans leur étude sur le processus d'*empowerment* des femmes victimes de violence conjugale à travers le système judiciaire, les auteures considèrent l'*empowerment* des femmes violentées comme un processus qui comporte trois étapes. Il s'agit du déficit de pouvoir, de la prise de conscience par rapport à la violence et du gain de pouvoir (Damant *et al.*, 2001).

⁵ Damant *et al.* (2001 : 42).

Par contre, ce processus ne serait pas linéaire et comporterait des émotions, des cognitions et des actions spécifiques à chacune des étapes. L'exploration de ces trois dimensions et leur présence à travers les étapes du processus montrent que peu importe si les femmes ont complété ou non des démarches dans le système judiciaire, on peut supposer qu'elles participent toutes à ce processus d'*empowerment*.

Ce processus d'*empowerment*, présenté dans la recherche de Damant *et al.* (2001), reflète la nature floue de ce concept. Peu de techniques d'intervention précises ont été identifiées dans les écrits concernant cette approche d'*empowerment*. Aucune référence à son application lors de la grossesse n'a été trouvée.

L'approche post-traumatique

Cette approche thérapeutique met l'accent sur les symptômes et les manifestations résultant d'un événement traumatique. Plusieurs critères sont nécessaires pour qu'un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT) soit posé. Selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), la personne doit avoir vécu un événement traumatisant qui représente une menace à la vie ou à l'intégrité physique pour elle-même ou ses proches. De plus, cet événement lui fit ressentir de la peur, de l'horreur ou de l'impuissance. Certaines manifestations doivent être présentes, car tous les traumatismes ne causent pas des réactions de stress post-traumatique.

Il s'agit d'un TSPT lorsque la personne revit constamment l'événement traumatisant par des rêves et des souvenirs répétitifs envahissants et provoquant un sentiment de détresse, des *flash-back*, des hallucinations ou des états dissociables, puis un sentiment de détresse intense lorsque la personne est exposée à des événements semblables au traumatisme ou lui rappelant le souvenir. De plus, il est possible d'observer un évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatisant (ex. éviter les pensées, les activités et les situations qui rappellent le traumatisme, une amnésie de certains aspects du traumatisme) ou un émoussement des réactions générales (réduction de certaines activités ou sentiment de détachement, par exemple). Puis, une hyperactivité neurovégétative, représentée par des symptômes persistants

tels que difficultés du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hyper vigilance, réactions de sursaut exagérées et réactions physiologiques à des événements rappelant le traumatisme, doit être présente. Ces symptômes doivent durer plus d'un mois.

La présence du TSPT dans les cas de violence conjugale est documentée depuis une dizaine d'années et serait un diagnostic fréquemment utilisé par des professionnels en santé mentale (Hughes et Jones, 2000). D'ailleurs, dans une population de femmes en centre d'hébergement pour victimes de violence conjugale, le pourcentage de ces femmes souffrant du TSPT varierait entre 40 et 84% selon les études (Hughes et Jones, 2000). La femme violentée peut autant vivre une réaction de stress post-traumatique suite à un épisode aigu de violence qu'un trouble de stress post-traumatique chronique suite à ses multiples expériences traumatisantes (Dutton, 1992).

La plupart des écrits sur le TSPT portent sur les symptômes, les facteurs de risque et de protection. Peu d'entre eux sont spécifiques à l'intervention pour les femmes violentées (ex. Dutton, 1992). La thérapie post-traumatique pour les femmes violentées est semblable en plusieurs points à la thérapie post-traumatique pour les victimes d'autres formes de violence interpersonnelle (*intimate violence*). Elle se différencie par le fait que l'agresseur est quelqu'un avec qui la victime a eu une relation d'amour et de confiance, qu'elle se déroule sur une longue période de temps et qu'elle inclut différentes formes de violence : physique; psychologique; sexuelle (Dutton, 1992).

Selon Dutton (1992), la thérapie post-traumatique avec les femmes violentées doit utiliser plusieurs approches thérapeutiques dans une perspective holistique. Les effets cumulatifs de tous les autres traumas vécus par la femme dans sa vie et son enfance sont ciblés. À cet effet, la thérapie post-traumatique avec les femmes violentées est organisée selon plusieurs processus thérapeutiques qui se chevauchent. Il s'agit de réexpérimenter le trauma, de réduire la honte, de réduire la rage, de faciliter l'expression de la douleur, de donner un sens à la victimisation ainsi que de se reconstruire une nouvelle vie. De plus, des thérapies complémentaires peuvent être utilisées afin d'aider la femme, notamment le travail corporel, les groupes d'entraide ainsi que les « rituels de guérison » (Dutton, 1992).

Dans leur étude sur les services offerts aux femmes violentées présentant un TSPT, Hughes et Jones (2000) mentionnent que les interventions adaptées à ce diagnostic sont peu utilisées, bien que le TSPT soit fréquent chez les femmes victimes de violence conjugale. Les auteurs rapportent que les stratégies d'intervention typiques ne sont pas toujours adaptées au diagnostic de TSPT. Aucune référence à son application lors de la grossesse n'a été trouvée.

Les approches phénoménologiques

Cette dernière partie exposera trois propositions d'intervention en matière de violence conjugale qui se rapportent à un cadre de référence phénoménologique. En premier lieu, une intervention plus globale tirée de l'approche phénoménologique sera présentée, suivie de deux autres modèles influencés par cette approche. Il s'agit de la thérapie gestaltiste et du processus de reconquête de soi suite à une relation abusive (*process of entrapment in and recovery from an abusive relationship*).

L'approche phénoménologique s'intéresse à la compréhension de la violence conjugale selon le point de vue de ceux qui la vivent. Selon Eisikovits et Buchbinder (1996), une orientation phénoménologique en violence conjugale est appropriée pour quatre raisons. Premièrement, elle comporte un pouvoir descriptif important car elle est basée sur la présomption qu'il peut y avoir une multitude de perceptions et d'explications à un phénomène. Puis, cette approche met l'accent sur les multiples façons dont un problème peut être construit, formulé et posé par plusieurs acteurs dans des contextes spécifiques. Troisièmement, le fait de partager sa perspective permet un dialogue entre des perspectives hétérogènes et parfois opposées. Finalement, cette approche permet de concilier des pôles plutôt que de les opposer.

En matière d'intervention en violence conjugale, cette approche s'intéresse à la façon dont les gens expérimentent et conçoivent la violence, comment ils l'intègrent dans leur vie et comment ils se définissent et définissent les autres face à cette violence. À cet effet, il s'agit de mettre en lumière les relations entre les différentes interprétations données et le contexte social et interpersonnel (Eisikovits et Buchbinder, 1996). C'est par le biais d'entrevues que les principales techniques d'intervention sont mises en application. Elles s'articulent autour

de plusieurs concepts clés de cette approche, appliqués à l'intervention en violence conjugale. Il s'agit de l'expérience, de la réflexion sur soi et sur les autres, de la naïveté intentionnelle (*self-imposed naiveté*), du contexte interpersonnel, de la violence en tant que phénomène émotif, de la qualité symbolique du langage ainsi que des récits de vie (Eisikovits et Buchbinder, 1996).

Cette approche n'est pas spécifique au champ de l'intervention en violence conjugale et peut être utilisée pour diverses problématiques. Les autres approches portent généralement soit sur les conséquences psychologiques de la violence conjugale, soit sur le contexte sociopolitique de la violence et les stratégies de survie des femmes. Pour sa part, l'approche phénoménologique permet d'éviter l'intervention dichotomique qui est faite auprès des femmes violentées avec les autres approches. Elle permet de tirer profit de ces deux approches sans toutefois les mettre en opposition (Eisikovits et Buchbinder, 1996). Aucune mention n'est faite d'intervention durant la grossesse, mais il serait intéressant d'explorer les représentations que les femmes violentées durant cette période se font de leur situation.

La thérapie gestaltiste

La thérapie gestaltiste a pris son essor au cours des années 1960 aux États-Unis et a été développée par Frederick et Laura Perls. Elle est le fruit de nombreuses influences, telles que la formation psychanalytique de ses fondateurs, mais aussi de différents courants comme le néo-freudisme, la phénoménologie, l'existentialisme et les recherches menées sur la perception (Gagnon, 1984).

La thérapie gestaltiste met l'accent sur le vécu immédiat, c'est-à-dire dans le présent de la personne. Elle s'intéresse au fonctionnement global de la personne (Gagnon, 1984). Selon cette perspective, « pour survivre et se développer, chacun a besoin, en chaque circonstance, de trois capacités de base : identifier pleinement comment il est dans cette situation, percevoir clairement ce qui se passe autour de lui et enfin entrer en rapport avec son milieu immédiat de façon à obtenir ce qui lui manque et éviter ou combattre ce qui lui nuit » (Gagnon, 1984, p. 76).

Little (1990) propose une intervention en violence conjugale de type *gestalt* qui va au-delà de l'intervention de crise. Son approche gestaltiste est d'orientation systémique puisqu'elle reconnaît l'individu comme un système unique qui ne peut être séparé de son environnement. De plus, selon cette perspective, la violence ne peut être vue de façon isolée car ses implications sont divisées en plusieurs réalités : physiques; sociales; émotionnelles.

L'objectif de la thérapie avec la femme violentée est de clarifier son rôle dans la dynamique violente, d'augmenter sa responsabilité dans la relation et de lui donner des options dans ses interactions futures avec son conjoint et avec d'autres figures d'autorité. Le but de la thérapie gestaltiste est l'acceptation de la réalité. Les victimes de violence nient souvent leur réalité et rationalisent les comportements du conjoint violent. À cet effet, on encourage la cliente à se centrer sur le ici et maintenant de son expérience, afin de lui donner une vision plus équilibrée de sa réalité. En outre, l'augmentation de la conscience, l'intégration des contradictions, la responsabilité, la maturité, l'authenticité, la gestion de soi et les changements de comportements sont des concepts importants de cette approche qui seront intégrés au cœur même de l'intervention avec les femmes violentées (Little, 1990).

Pour conclure, Gagnon précise que la thérapie gestaltiste est appropriée pour la majorité des problématiques mais elle est particulièrement efficace chez les clients dont « l'éducation les a tellement encadrés ou même domestiqués qu'ils ont perdu de vue leurs propres besoins » (Gagnon, 1984, p. 78). L'efficacité de cette approche a été évaluée mais aucun article, d'après Little (1990), n'a été répertorié sur son application avec les victimes de violence conjugale, en particulier dans le contexte de la grossesse.

Un modèle constructiviste

Peled, Eisikovits, Enosh et Winstok (2000) tentent, à travers la recension des écrits, de comprendre et d'expliquer pourquoi des femmes violentées restent dans leur situation conjugale. Ces femmes sont souvent prises dans leur relation, malgré leur bon jugement et contre leur volonté. Les raisons sont multiples, mais les plus courantes sont les suivantes : elles ne quittent pas leur conjoint par peur de voir escalader la violence; elles n'ont plus

d'estime de soi; et elles se maintiennent dans cette situation de violence pour des raisons sociales et économiques.

Les auteurs examinent l'option de rester ou de quitter le conjoint comme étant les extrêmes sur un continuum d'options. À leur avis, quand la décision de rester avec le conjoint est délégitimée, la liberté de choisir pour les femmes violentées est niée ainsi que leur pouvoir. Ils soutiennent qu'il faut travailler dans une perspective d'*empowerment* tant avec les femmes qui quittent un conjoint violent qu'avec les femmes qui maintiennent la relation; ils proposent un modèle constructiviste d'intervention qui tient compte du système socioculturel, du système institutionnel et organisationnel, ainsi que du système interpersonnel. Ce modèle propose une relecture et une remise en question de la façon traditionnelle de concevoir l'intervention auprès des femmes aux prises avec la violence conjugale.

Processus de reconquête de soi suite à une relation abusive

Ce modèle a été développé à la fin des années 1980 par Landenburger (1989). Il est le résultat de deux études. La première étude, sur l'expérience des femmes dans une relation abusive ou qui ont quitté cette relation, a permis d'élaborer un modèle à quatre étapes à partir des analyses des entrevues avec ces femmes. La deuxième étude, sur les choix et les efforts des femmes qui ont quitté des conjoints abusifs, a révélé un processus de rupture d'une relation abusive qui est partie intégrante du processus de reconquête de soi (Landenburger, 1989, 1998).

Dans ce modèle, l'exploration de l'abus comme expérience dans la vie d'une femme relève de l'approche interactionniste symbolique. Celle-ci met l'emphase sur la façon dont les gens construisent socialement le sens d'une réalité (Landenburger, 1989). La femme violentée est influencée par l'attribution du blâme et des causes de l'abus qu'elle endure : elle est dépendante de la société pour la définition de son concept de soi⁶ (Landenburger, 1989).

⁶ Fait référence au « self ».

Selon Landenburger (1998), les écrits sur la violence conjugale sont souvent divisés en deux parties distinctes, soit le temps passé dans la relation violente et le temps suivant la séparation. Cette conception serait inappropriée puisqu'il serait plus juste de voir ces relations dans un processus continu dans le temps. Les femmes violentées vivent deux réalités conflictuelles; une réalité est centrée sur les bons aspects de la relation avec le conjoint, tandis que l'autre réalité est centrée sur les aspects violents de la relation. Selon cet auteur, la première réalité est supportée par le conjoint et l'entourage, tandis que la deuxième réalité est niée ou n'est pas reconnue. Le processus de reconquête de soi décrit comment ces réalités conflictuelles influencent et sont influencées par les multiples contextes de vie de la femme. Ce processus n'est pas linéaire et les différentes phases ne sont pas mutuellement exclusives. Ce qui arrive dans une phase enclenche et se perpétue à un certain degré dans la phase suivante (Landenburger, 1989, 1998). De plus, le cycle de la violence est incorporé à chacune des phases.

Les quatre phases de ce processus sont l'engagement (*binding*), la persistance (*enduring*), la libération (*disengaging*) et la guérison (*recovering*) (Landenburger, 1989, 1998). La phase de l'*engagement* comprend le début de la relation et de la violence. La violence s'installe, mais elle n'est pas reconnue et elle est considérée comme mineure. La femme désire une relation harmonieuse, aimante et met l'accent sur ce qu'elle considère comme positif dans la relation. Les signaux d'alarme, comme certains comportements et caractéristiques du conjoint, sont ignorés par la femme, qui se concentre à rendre son conjoint heureux.

La deuxième phase est celle de la *persistance*. L'abus prend une grande part dans la relation. Contrairement à la première phase où la femme ignorait inconsciemment les aspects négatifs de la relation, cette fois, la femme cache consciemment ces aspects négatifs et elle mise sur les éléments positifs. La femme se considère en partie ou totalement responsable de l'abus, elle commence à se sentir diminuée comme personne et perd espoir de pouvoir améliorer la relation et s'en sortir vivante. La femme continue de tolérer la violence car elle se sent toujours engagée dans la relation. Elle a le sentiment de vivre deux vies : une qui est violente à la maison et une qui est normale et heureuse à l'extérieur. La femme se sent alors sans

valeur, sans espoir et se sent coincée. C'est ce sentiment qui va lui permettre de passer à l'autre étape.

La troisième étape est celle de la *libération*. À cette étape, la femme commence à s'identifier à d'autres femmes qui vivent la même chose qu'elle. À ce moment, elle met une « étiquette » sur la violence qu'elle vit. La femme commence à demander de l'aide de différentes façons. C'est alors qu'elle arrive au point névralgique où la tension dans la relation augmente et qu'elle commence à craindre de perdre la vie ou de tuer son conjoint. À ce moment, le concept de soi refait surface et la femme redécouvre des sentiments qui dormaient.

La dernière phase, la *guérison*, est caractérisée par un réajustement entre le départ de la relation violente et l'équilibre dans la nouvelle vie. Il s'agit d'une période qui est une lutte pour la survie de la femme et de ses enfants. La femme peut s'ennuyer des aspects positifs de la relation. Un retour avec son conjoint signifie qu'elle a encore le sentiment qu'elle peut changer les choses et non qu'elle souhaite la violence. C'est aussi la période où la femme cherche un sens à tout ce qu'elle a vécu.

L'intervention avec les femmes violentées doit être spécifique à chacune des phases et être vue dans son contexte socioculturel. D'ailleurs, il est important d'aider la femme à recadrer sa perception de sa situation. Ce recadrage est essentiel afin de résoudre les conflits qui se dressent entre ses désirs et la situation de violence qu'elle vit avec son conjoint. Les intervenants doivent respecter la place de la femme dans sa vision de la situation, dépendamment où elle se situe dans le processus de reconquête de soi. De plus, les techniques utilisées à une étape doivent être incorporées dans l'étape suivante. Les voici pour chacune des étapes.

Au niveau de l'étape de l'engagement, il est important d'identifier ce que la femme veut dans sa relation, car ce n'est pas la fin de la relation mais bien de la violence qu'elle désire. De plus, il est important d'assister la femme dans l'identification des comportements abusifs de son conjoint. C'est le rôle de l'intervenant d'aider la femme à négocier avec le fait que dans

la réalité, l'abus est la responsabilité de son conjoint. On peut lui donner aussi de l'information sur le cycle de la violence ainsi que développer avec elle un plan d'urgence.

Au niveau de la deuxième phase, celle de la persistance, il est important d'aider la femme à comprendre que l'abus n'ira pas en diminuant. Malgré le fait qu'elle puisse croire qu'elle doit couvrir l'abus et protéger son conjoint, elle doit prendre conscience que c'est elle la victime et que c'est elle qui a besoin de protection.

La troisième étape est celle de la libération. Il est important d'aider la femme à voir le contrôle que son conjoint a sur elle et l'amener à se forger une image d'elle-même qui soit positive. À ce moment, la femme doit tenter d'identifier qui elle est vraiment et quelles images d'elle-même elle a intériorisées.

La dernière phase, la guérison, est caractérisée par la reprise, pour la femme violentée, de contrôle sur sa vie. L'utilisation du renforcement est importante à cet effet. Un des buts de l'intervention à cette étape est que la femme arrive à faire un sens des expériences vécues avec son conjoint, particulièrement les aspects abusifs de la relation. De plus, la femme est encouragée à voir son conjoint violent comme faisant partie de son passé. Finalement, il est important d'aider la femme à identifier les aspects d'une relation saine.

Ce modèle est très descriptif et ne semble pas avoir été évalué. Par contre, il est très spécifique à la violence conjugale car il est basé sur les expériences des femmes violentées. Son application dans un contexte de violence conjugale durant la grossesse n'a pas été spécifiée.

Ce modèle conclut la section portant sur différents modèles d'intervention auprès d'une clientèle victime de violence conjugale consignés dans un texte synthèse à l'intention des intervenants (Bérubé et Pagé, 2002). Elles ont pris connaissance de ce texte et ce fut le point de départ d'une réflexion sur le choix de formations.

2.3 Un choix de modèles à explorer

L'objectif des formations était d'offrir des outils que les membres de l'équipe pourraient expérimenter dans leurs interventions auprès des femmes victimes de violence. Selon les modalités prévues dans les demandes de subventions, les intervenants devaient arrêter leur choix sur trois nouveaux modèles à approfondir, ces derniers devant avoir été l'objet de recherche. Un des modèles, celui de Rinfret-Raynor *et al.* (1992), a été retenu suite à la recension des écrits; il est spécifique à la violence conjugale et suite à une recherche évaluative, identifie cinq éléments qui concourent à l'efficacité de l'intervention. Les deux autres modèles retenus sont des modèles d'intervention non spécifiques à la violence conjugale, mais plutôt « généraux », soit le modèle de l'*empowerment* et le modèle transthéorique du changement de Prochaska (Prochaska et Norcross, 1999).

Plusieurs membres de l'équipe avaient, en d'autres lieux, été mis en contact avec le modèle de Prochaska. Celui-ci a fait l'objet de recherche auprès de populations prises avec des problèmes chroniques, souvent de l'ordre des dépendances. Une recherche était même en cours de réalisation par une équipe du CRI-VIFF (Rondeau, 2004). Il a semblé aux intervenants que ce modèle méritait d'être approfondi.

Le modèle d'*empowerment* avait été utilisé dans les équipes Naître égaux-Grandir en santé (NEGS) et avait même fait l'objet de recherche (Ouellet *et al.*, 2000). La similarité de valeurs et de pratique avec ces équipes a favorisé le désir de mieux connaître cette approche. Une première exploration documentaire a révélé un modèle de pratique légèrement ambigu, sans beaucoup d'outils spécifiques. Il est apparu aux intervenants que l'approfondissement de la dimension estime de soi présenté dans le cadre de ce modèle rencontrerait probablement leurs attentes. Dans le cadre de la pratique de l'équipe, il n'est pas souvent possible d'entreprendre un travail approfondi sur le développement de l'estime de soi, mais il est possible de soutenir la cliente au niveau d'un projet, de ses forces et de l'aider à les identifier. Cette réflexion a amené l'équipe à vouloir pousser plus loin la compréhension de ce concept.

2.3.1 Planification des formations

L'équipe a fait une proposition sur les directives à donner aux conférenciers. La formation devait être faite « sur mesure » et contenir du matériel clinique. Elle devait avoir pour objectif l'amélioration de la pratique et l'appropriation de nouvelles connaissances par les intervenants. Également, l'équipe désirait confronter les modèles théoriques à la réalité spécifique de la grossesse de leurs clientes victimes de violence conjugale et aussi aux paramètres de leur intervention. Le formateur devait connaître la clientèle ciblée et être un praticien.

Dans un premier temps, une formation portant sur l'estime de soi a eu lieu le 14 novembre 2002 au CLSC Saint-Hubert. Après cette formation, les membres ont exprimé le besoin d'avoir plus de temps pour intégrer les outils proposés. La formation sur l'approche transthéorique du changement de Prochaska a été planifiée plus tard dans la démarche. Elle a eu lieu le 2 mai 2003 au CLSC Saint-Hubert. Les deux formations ont eu une durée de trois heures. La structure du projet permettait trois formations, mais seulement deux propositions ont été retenues. En effet, après un an de travail clinique, les intervenants ont préféré continuer d'approfondir l'application de deux modèles, plutôt que de voir trois modèles en surface.

2.3.2 Formation sur l'estime de soi

Un expert dans le domaine, psychoéducateur et orthopédagogue de formation, a été approché pour la formation sur l'estime de soi. Le formateur a abordé plusieurs aspects lors de sa présentation. Il a débuté par un historique du concept d'estime de soi, pour ensuite présenter des éléments de définition et des concepts sous-jacents. Il a également été question des sources de l'estime de soi, de ses composantes ainsi que des différents domaines où elle se manifeste : estime de soi corporelle; sociale; etc. La majeure partie de la formation portait sur le développement de l'estime de soi. Sur le plan pratique, les manifestations d'une faible et d'une forte estime de soi chez l'adulte ont été précisées. Certains principes de base pour l'intervention ont également été soulevés, de même qu'une multitude d'instruments utiles pour l'intervention. Finalement, le formateur a traité de l'estime de soi en lien avec certaines

problématiques particulières, utiles pour la pratique des intervenants de l'équipe : la santé mentale; l'hyperactivité chez l'enfant; la violence conjugale; les mères adolescentes.

À partir des documents fournis par le conférencier et la chercheure, un recueil de références a été construit comprenant des écrits pertinents, de même que des petits tests utilisables auprès de la clientèle et des aide-mémoire. Il a été remis aux intervenants de l'équipe.

2.3.3 Formation sur le modèle de Prochaska

La formation sur le modèle transthéorique du changement de Prochaska a été animée par deux travailleuses sociales ayant développé une expertise en violence conjugale. Elles ont présenté ce modèle en décrivant d'une part les différentes étapes menant au changement identifié, puis, d'autre part, son application dans certains champs d'intervention, tel qu'auprès d'une clientèle aux prises avec des problèmes de toxicomanie. La majeure partie de la formation a été centrée sur l'application de ce modèle auprès de femmes victimes de violence conjugale. D'ailleurs, les formatrices ont présenté une grille d'analyse qu'elles ont élaborée en identifiant concrètement, pour chacune des étapes de changement, des phrases clés permettant d'identifier à quelle étape la cliente se situe, de même que le type d'intervention à privilégier pour chacune des étapes. Elles ont également fourni à l'équipe des articles qui se sont avérés très pertinents dans le cadre de la démarche de réflexion et d'appropriation de ce modèle d'intervention.

Le choix de ce modèle a été légitimé pour l'équipe par la publication ultérieure d'une recherche qui décrit l'application de la grille de Prochaska au processus de changement des femmes qui se sortent d'une relation conjugale marquée par la violence. Burke, Denison, Grelen, McDonnell et O'Campo (2004) ont utilisé une terminologie neutre qui permet de ne pas stigmatiser la cliente. Le modèle transthéorique de Prochaska décrit bien le chemin parcouru par vingt-trois victimes pour se sortir de la situation de violence. Les entrevues qualitatives ont permis d'identifier les cinq caractéristiques reliées au changement :

1. les processus cognitifs sont plus utilisés dans les premières phases;
2. les processus comportementaux (actions) sont plus utilisés dans les dernières phases;

3. la prise de conscience et la libération sociale apparaissent à toutes les étapes;
4. les relations d'aide sont cruciales tout au long du processus;
5. la balance décisionnelle (pour/contre) et le sentiment d'efficacité personnelle entrent aussi en ligne de compte.

Les auteurs concluent que les femmes qui sortent d'une relation de violence conjugale passent par les étapes de changement du modèle transthéorique. Un facteur stratégique, ou la conscience que l'abus peut affecter l'enfant, stimule à quitter la phase de contemplation. L'acceptation de « l'aide » des autres facilite le passage de l'action au maintien.

2.4 Le questionnement de l'équipe

Tout au long de la démarche, la réflexion de l'équipe sur la problématique de la violence a suscité plusieurs interrogations sur la mise en pratique des outils de sensibilisation et sur l'intervention proprement dite. L'équipe a noté au fur et à mesure de leur formulation, une série de questions qui ont servi de fil conducteur lors des rencontres.

Par rapport à la problématique

- € La violence débute-t-elle pendant la grossesse ou est-elle présente avant?
- € La violence affecte-t-elle la santé de la mère et du fœtus?
- € Quels sont les facteurs qui aident la cliente à se sortir de la situation de violence?
- € Y a-t-il une relation entre l'âge de la cliente et la mobilisation pour se sortir de la situation critique?
- € Lorsqu'il y a des enfants en jeu dans une situation de violence conjugale, la cliente est-elle plus portée à se sortir de cette situation?
- € Les clientes qui ont connu la violence dans leur famille d'origine ont-elles davantage tendance à normaliser la violence qu'elles subissent?
- € Quels sont les gains de la cliente pour qu'elle maintienne une relation conjugale, malgré la violence présente?

Par rapport aux défis posés par l'intervention

- € La mission de prévention de l'équipe PRINSIP en regard des enfants se réalise-t-elle d'une façon particulière dans les cas de violence conjugale?
- € Les intervenants prennent-ils des risques lors de visites à domicile où le conjoint violent est présent? Peut-on améliorer les mesures de sécurité?
- € Est-il nécessaire ou utile de conserver une certaine objectivité vis-à-vis l'environnement de la cliente, y compris le conjoint violent? Comment y parvenir?
- € Lors de l'intervention, faut-il tenir compte du conjoint violent? Si oui, quelles sont les possibilités et les limites de l'intervention avec le conjoint violent?
- € Comment garder l'empathie nécessaire à l'alliance thérapeutique quand la cliente ne démontre pas de persévérance dans les démarches d'aide?
- € Peut-on déconstruire le mythe de l'importance du père biologique auprès d'une femme qui est sur le point de ou qui vient d'accoucher? Une autre figure paternelle peut-elle remplacer celle du père biologique?
- € La prise de conscience de la violence est-elle un moteur de changement suffisant?
- € Le lien de confiance entre l'intervenant privilégié et la cliente est-il le pivot pour envisager un changement dans une situation de violence?
- € Les clientes ont-elles recours à plusieurs ressources lorsqu'elles vivent dans une situation de violence?
- € Est-ce que la présence d'un réseau informel dans la vie de la cliente diminue le besoin de soutien formel?

Par rapport à la façon d'être de l'intervenant

- € Avons-nous des attentes réalistes vis-à-vis cette clientèle?
- € Sommes-nous influencés par nos positions, valeurs ou croyances féministes?
- € Blâmons-nous les femmes qui restent dans la situation de violence?

Plusieurs de ces questions sont demeurées présentes tout au long de la démarche de recherche, ce qui fait en sorte qu'elles transparaissent dans les acquis dégagés par les intervenants. En effet, sans nécessairement y avoir répondu définitivement, il n'en demeure

pas moins qu'elles ont nourri la réflexion des membres de l'équipe et permis des formulations théoriques ultérieures.

2.5 Le développement d'outils de travail

Tout au long de la démarche, certains outils ont été développés. Les grilles d'analyse avaient pour but de structurer la démarche lors des discussions d'équipe afin de faciliter l'analyse et la réflexion sur la pratique. De plus, un certain nombre de variables pertinentes à investiguer pour la présente démarche ont été identifiées. Elles sont en lien avec les objectifs de la démarche. Ces variables sont les suivantes :

- € *les caractéristiques de l'intervention* : caractéristiques du dépistage (moment, intervenant informé le premier, contexte); nature des interventions (buts, référence à un modèle théorique, etc.); évolution du suivi (moments significatifs, changements, désistement, etc.);
- € *les caractéristiques de la clientèle en contexte d'intervention spécifique* : données sociodémographiques; nature et gravité de la violence; histoire de la violence actuelle et antérieure; forces et compétences actuelles;
- € *les caractéristiques du savoir-faire* : le « comment » des interventions (les stratégies spécifiques); le résultat clinique observable conséquent à l'utilisation de la stratégie; les stratégies alternatives, si pertinent.

Ces variables ont été intégrées dans les grilles; ces dernières avaient pour but de structurer les discussions d'équipe afin de faciliter l'analyse et la réflexion sur la pratique. Elles permettent une organisation des informations pertinentes et une structuration de l'exposé. Un contenu des grilles a été proposé aux membres de l'équipe. Ils ont retenu les catégories suivantes :

1. la violence;
2. l'évolution de l'intervention;
3. les particularités en rapport avec la grossesse;
4. la progression du savoir-faire.

En cours de démarche, les grilles ont subi quelques modifications afin d'être mieux adaptées à la nature de la pratique.

En tout, trois versions ont été présentées à l'équipe et corrigées. Afin de valider leur pertinence, les membres de l'équipe ont appliqué les grilles à des cas cliniques. L'appropriation des grilles a pris un certain temps et certaines d'entre elles ont été utilisées plus que d'autres.

À la fin de la première année de la démarche, tous les cas cliniques ont été révisés et corrigés afin de s'assurer que les grilles étaient remplies de façon uniforme. Le contenu des grilles finales est présenté à l'annexe 3.

2.6 Modalités de bilan et de diffusion de la démarche

Les intervenantes⁷ ont fait un premier bilan de la démarche le 26 juin 2003. Pour ce faire, la chercheuse a demandé à l'équipe ce qui avait été le plus utile à l'intervention et à la recherche. Les intervenantes ont nommé la formation sur le modèle de Prochaska, les discussions de cas, la formation sur l'estime de soi avec le cahier de fierté et les documents de référence. Le bilan de la première phase a été positif, la discussion en équipe a permis de faire une synthèse de cette étape, soit de constater l'évolution de la recherche et l'acquisition de connaissances et d'un savoir-faire. Les membres de l'équipe ont conclu sur une note positive, ainsi que la chercheuse.

Pour la deuxième phase de la recherche, les membres de l'équipe ont manifesté le souhait d'appliquer les modèles déjà présentés plutôt que d'avoir une nouvelle formation. Le suivi des cas s'est poursuivi jusqu'en mars 2004, complétant ainsi deux années consacrées à l'appropriation des connaissances. Du temps a été prévu sur une troisième année pour l'évaluation des acquis, la compilation des données et la diffusion des résultats. Un bilan de l'ensemble de la démarche a été effectué; le chapitre 3 y est entièrement consacré.

⁷ Seules des femmes ont constitué le noyau de l'équipe pour la phase terrain. Nous utiliserons donc le féminin à partir de cette section du rapport lorsque nous parlerons de ces intervenantes.

Étant dans le cadre d'une démarche où le transfert des connaissances revêt une grande importance, plusieurs événements de diffusion ont donc été organisés afin de transmettre dans les milieux de la pratique et de la recherche les acquis de l'expérience de l'équipe.

Une très grande importance a été accordée à la diffusion auprès de milieux de pratique locaux, principalement en Montérégie et à Montréal, de même qu'auprès d'intervenants partageant le même genre de clientèle ou appartenant à la même profession que les membres de l'équipe. Lors de ces présentations, la chercheure était accompagnée à chaque fois d'une des quatre intervenantes qui ont constitué le noyau de l'équipe ayant participé à la démarche.

De plus, un article résumant la réflexion de l'équipe sur le développement des savoirs d'expérience a été soumis et accepté à la revue *Intervention* de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (Bernier et Pagé, sous presse).

2.7 Chronologie de la démarche

Cette section présente de façon concise l'ensemble de la démarche de recherche. Les réalisations les plus importantes sont situées dans le temps à l'aide d'un tableau illustrant la continuité de l'expérience. Voici trois tableaux qui correspondent aux années couvertes par la démarche.

ANNÉE 1 : Mars 2002 à février 2003

Activités	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.
Recension des écrits	X											
Demandes de subvention	X											
Rédaction texte synthèse		X	X									
Discussion de cas		X	X	X			X	X	X	X	X	X
Formation 1									X			
Textes et lecture		X	X	X			X	X	X	X	X	X
Discussion contenu grilles		X	X	X			X	X	X			
Bilan 1				X								

ANNÉE 2 : Mars 2003 à février 2004

Activités	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.
Discussion de cas	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X
Textes et lecture	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X
Discussion grilles	X	X	X	X			X	X	X			
Formation 2			X									
Diffusion de l'expérience				X								

ANNÉE 3 : Mars 2004 à février 2005

Activités	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.
Compilation grilles	X	X										
Entrevues individuelles			X									
Bilan 2			X	X								
Diffusion de l'expérience				X			X		X	X		
Rédaction article				X	X	X	X	X	X	X	X	
Rapport final										X	X	X

CHAPITRE III – LES ACQUIS DE LA DÉMARCHE

Le type de démarche retenu par l'équipe a permis des acquis sur plusieurs plans. Un retour sur le travail d'intervention effectué dans les dossiers qui ont fait l'objet des présentations d'équipe a permis d'identifier les caractéristiques de la clientèle aux prises avec la violence conjugale et de l'intervention effectuée. Parmi la clientèle de l'équipe, il s'agit d'un sous-groupe pour lequel aucune donnée n'avait été colligée.

La présentation des acquis de la démarche se poursuivra avec le bilan collectif des nouveaux savoirs de l'équipe. Cette synthèse a été faite selon les éléments de réflexion qui sous-tendent le processus de production de ces savoirs d'expérience.

Un bilan différent, axé sur les acquis individuels et réalisé à partir d'entrevues individuelles, sera présenté selon la catégorisation des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être. Au cours de ces entrevues des questions ont porté sur l'appréciation globale de l'expérience.

3.1 Un regard neuf sur 15 dossiers

Les critères de sélection des clientes dont les dossiers cliniques ont fait l'objet de discussions ont été les suivants : la cliente recevait des services dans le cadre du programme OLO (Œufs-Lait-Orange), PRINSIP ou PSJP (Programme de soutien aux jeunes parents); la situation de violence était venue à l'attention d'une intervenante de l'équipe et la cliente se trouvait dans une situation actuelle ou très récente de violence conjugale. Tous les cas qui se présentaient ont été retenus, pour un total de 15 dossiers sur une période de deux ans.

Le nombre restreint de cas cliniques ne permet pas de faire une analyse quantitative significative. Cependant, certaines données sociodémographiques ont été compilées pour tenter de dresser un profil de la clientèle. Les autres données sur les caractéristiques de la violence conjugale et sur les interventions, tirées des grilles (voir l'annexe 3), ont été catégorisées dans une perspective qualitative en utilisant les techniques d'analyse de contenu.

3.1.1 Les données sociodémographiques

Le profil des clientes a été documenté à l'aide des données recueillies lors des prises de contact préalables à la prise en charge par l'équipe. Ces informations sont le type de demande

de services, l'âge, l'état civil, le logement, la scolarité, le statut socio-économique et l'occupation des clientes. Voici l'ensemble des données relatives aux prises de contact des 15 cas.

- Deux tiers des demandes sont des demandes de service formulées au CLSC Saint-Hubert. Un tiers des demandes provient d'un autre CLSC lors d'un changement de territoire.
- Le nombre de demandes de services par cliente varie entre une et trois.
- La majorité des demandes concerne le programme OLO (coupons). La pertinence d'un suivi PRINSIP est décidée par l'équipe par la suite.
- Les clientes sont majoritairement âgées entre 15 et 22 ans, une seule d'entre elles a 35 ans. La moyenne d'âge est de 20 ans. L'âge des conjoints n'a pas été documenté.
- En ce qui concerne l'état civil, toutes les clientes ont le statut de célibataire.
- Le trois quart des clientes vivent en couple (dont deux chez les beaux-parents).
- Six clientes ont complété leur secondaire V. Les autres n'ont pas terminé leur secondaire avant de devenir enceinte. Une cliente a complété son primaire sans faire d'études secondaires.
- Près des trois quarts des clientes vivent sous le seuil de l'extrême pauvreté (revenus inférieurs à 10 000\$).
- Seulement deux clientes ont un emploi rémunéré. Les autres sont sans emploi lors de leur grossesse ou après l'accouchement. La majorité des clientes sans emploi reçoivent des prestations de la sécurité du revenu.

3.1.2 Les caractéristiques de la violence

Les données sur la découverte de la violence, la nature de la violence, l'histoire actuelle de la violence, les expériences antérieures de violence, le rapport de la cliente face à la violence ainsi que les consultations antérieures en rapport avec la violence inscrites à la grille I ont été compilées.

La découverte de la violence

- Dans la plupart des cas, la découverte de la violence est faite par l'infirmière et ce, dès la prise de contact. En général, les clientes sont ensuite référées à la travailleuse sociale pour un suivi psychosocial.
- La travailleuse sociale est l'intervenante privilégiée dans les deux tiers des cas. Pour les autres, ce sont les infirmières et pour une cliente, il s'agit de la nutritionniste.
- Par rapport à la découverte de la violence, par les intervenantes, elle a eu lieu pendant la grossesse (début du suivi) dans la moitié des dossiers.

La nature de la violence

- En ce qui concerne la nature de la violence, la majorité des clientes sont victimes surtout de violence physique et psychologique.
- Pour ce qui est de la violence psychologique, elle se manifeste, entre autres, par du harcèlement, du contrôle, de l'isolement, un climat de peur et de terreur, une coupure des liens avec la famille et les amis, de l'intolérance ainsi que des reproches constants.
- La moitié des clientes subissent de la violence verbale, qui est principalement sous forme de menaces et d'insultes.
- La violence physique se traduit par des coups, des bousculades, des ecchymoses, etc.
- Six des quinze clientes sont victimes de violence économique, qui se traduit par un contrôle des dépenses, une main mise sur les revenus de la cliente ainsi qu'un refus des dépenses personnelles de la cliente.
- Dix clientes sont victimes de plus d'une forme de violence et un tiers des clientes sont victimes des quatre formes de violence.

L'histoire de la violence actuelle

- Sur les quinze clientes, la moitié ont été victimes de violence avant et pendant la grossesse.
- Six clientes ont eu des problèmes de santé pendant leur grossesse, en lien avec la situation de violence : risque de travail pré-terme; retard de croissance intra-utérine; malnutrition; anémie; faible gain de poids pour la femme; hospitalisation; bébé de petit poids.

Les expériences antérieures de violence

- Un tiers des clientes ont déjà été victime de violence conjugale dans une autre relation.
- Trois clientes ont été abusées sexuellement dans l'enfance.
- Trois clientes ont été abusées physiquement dans l'enfance.
- La moitié des clientes ont souffert d'autres traumatismes et de situations familiales dysfonctionnelles (viol, violence intra-familiale, séparation des parents, famille d'accueil).
- Un cinquième des enfants des clientes ont été victimes de violence dans le passé.

Le rapport de la cliente face à la violence selon les perceptions des intervenantes

- Plus de la moitié des quinze clientes semblent s'accommoder de la situation de violence.
- Près d'un quart des clientes semblent rejeter la situation de violence.
- Deux clientes verbalisent de l'impuissance face à la situation de violence.
- Les clientes mentionnent de l'ambivalence par rapport à l'exclusion du conjoint violent, car elles désirent un père pour leur enfant.

Les consultations antérieures en rapport avec la violence

- Sur les quinze clientes, quatre ont reçu des services, suite à des épisodes de violence (Direction de la protection de la jeunesse – DPJ), police, hôpital, cour), avant le suivi PRINSIP.
- Trois des clientes ont dénoncé leur conjoint aux autorités policières et trois ont entrepris des démarches légales.

3.1.3 Les particularités en rapport avec la grossesse

Les résultats compilés dans cette grille se rapportent aux thèmes suivants : les complications médicales; les préoccupations de la mère au sujet de la sécurité de l'enfant; le besoin d'un père ; ainsi que la présence d'un réseau de soutien formel et informel.

Les complications médicales

- Six des quinze clientes ont eu des complications médicales pendant la grossesse et à l'accouchement (travail pré-terme, problèmes de poids, hospitalisation, malnutrition, anémie, césarienne, infections urinaires).

Les préoccupations de la mère au sujet de la sécurité de l'enfant

- Dix clientes se préoccupent de la sécurité de leur(s) enfant(s) pendant la grossesse.
- Lorsque les clientes manifestent leurs préoccupations par rapport à la sécurité des enfants ou qu'elles réalisent que leur enfant peut être en danger, elles vont demander de l'aide, se préoccupent de la garde de l'enfant en cas de séparation, craignent les représailles des beaux-parents, ont peur d'un enlèvement ou que l'enfant soit victime de violence.

Le besoin d'un père

- Douze clientes manifestent le désir d'un père pour leur enfant.
- En général, il y a une reconnaissance des droits du père biologique, mais les clientes ont souvent peur de perdre la garde de l'enfant en cas de séparation.
- Une cliente veut faire passer un test d'ADN au conjoint pour que la paternité soit reconnue.
- Certaines clientes mentionnent vivre en couple par nécessité économique et pour que le père soit présent auprès de l'enfant en bas âge.

La présence d'un réseau de soutien formel et informel

- Treize des quinze clientes ont un réseau minimal de soutien formel ou informel.
- Le CLSC est souvent nommé par les clientes comme un soutien formel. D'autres ressources sont également incluses dans le réseau formel (hôpital, Psychocollectif de Longueuil, l'Envol).
- Les grands-parents sont présents dans certains cas comme soutien informel. Dans d'autres cas, les relations familiales sont conflictuelles et les liens sont coupés.
- Pour une cliente, il y a une présence importante de son père au niveau du réseau de soutien informel.
- Le réseau d'amis est restreint, les clientes sont souvent isolées ou n'ont pas le droit de voir leurs amis.

3.1.4 L'évolution de l'intervention

Les résultats compilés dans cette grille se rapportent aux thèmes suivants : les modalités de l'intervention; les services utilisés lors du suivi; la durée et l'intensité de l'intervention; la

continuité dans l'intervention; les objectifs d'intervention; les interventions charnières; les difficultés d'intervention; ainsi que les bilans de l'intervention par les intervenantes.

Les modalités de l'intervention

Les intervenantes ont rencontré les clientes seules, en couple ou avec leurs parents. Sur les quinze clientes :

- six clientes ont eu des entrevues individuelles avec l'intervenante;
- neuf clientes ont eu des entrevues individuelles, mais aussi en couple; parmi elles, trois clientes ont aussi rencontré l'intervenante en compagnie de leur famille d'origine.

Les rencontres avec les clientes ont eu lieu en majorité au domicile, parfois au CLSC et à l'occasion dans un lieu public. Sur les quinze clientes :

- une cliente a eu seulement une rencontre au CLSC en tout;
- cinq clientes ont rencontré l'intervenante seulement à domicile;
- neuf clientes ont eu des entrevues à domicile et au CLSC; parmi elles, cinq clientes ont eu aussi des entrevues dans des lieux publics (restaurant, café, voiture, parc).

Un contact interdisciplinaire a été réalisé dans presque tous les cas. Dans les suivis, en plus de l'intervenante privilégiée, sont intervenus des experts (psychologue, médecin), des intervenants des autres services du CLSC, ainsi que des intervenants de l'extérieur (hôpital, maison d'hébergement, DPJ, etc.).

Les services utilisés lors du suivi

- En plus du suivi avec l'intervenante privilégiée, la majorité des clientes ont recours à plusieurs ressources : douze clientes ont bénéficié de plus de un service offert au CLSC.
- Les clientes utilisent entre une et quinze ressources du CLSC et la moyenne est de quatre.
- Les services utilisés au CLSC sont principalement les cours prénataux, les coupons OLO, les cuisines collectives, le programme d'accompagnement maternel, les ateliers des Matins Savoureux et le soutien éducatif 2-4 ans.

- Les principales ressources externes utilisées par les clientes sont les maisons d'hébergement, les garderies, Ma place au Soleil (enseignement secondaire) et le Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC).
- Les clientes vont également consulter plusieurs intervenants du CLSC ou dans le secteur public et privé : médecin; travailleur social; infirmière; psychologue; sexologue; nutritionniste; organisateur communautaire; etc.

La durée et l'intensité de l'intervention

- La durée du suivi de l'intervention varie d'une rencontre à 28 mois de suivi.
- La moyenne des suivis pour les quinze clientes est de 13 mois.
- Neuf clientes ont eu un suivi de plus de 12 mois. De ce nombre, quatre ont eu un suivi de plus de 24 mois.
- Six clientes ont eu un suivi de moins de 12 mois.
- Le nombre de rencontres varie de une à 74, selon la durée du suivi.
- La moyenne des rencontres est de 20.

La continuité dans l'intervention

Sur les quinze clientes :

- huit clientes ont un suivi continu avec l'intervenante privilégiée;
- deux clientes ont des temps d'arrêt dans le suivi;
- cinq clientes manquent d'assiduité dans le suivi, c'est-à-dire qu'il y a plusieurs annulations de rendez-vous.

Les objectifs d'intervention

Les objectifs d'intervention fixés visent pour la plupart des cas la relation de couple, la sécurité, le budget et les compétences parentales. Plus précisément, sur les quinze clientes :

- cinq clientes travaillent avec l'intervenante sur les difficultés relationnelles;
- cinq clientes travaillent avec l'intervenante sur la sécurité de la mère et des enfants;
- six clientes travaillent sur la question du budget familial;
- six clientes travaillent au niveau des compétences parentales.

D'autres objectifs plus spécifiques sont fixés avec les clientes, tel que briser le silence et l'isolement, travailler sur le projet de retour aux études et au travail, la reconnaissance de paternité, l'amélioration de la communication et la clarification de la question d'un mariage éventuel.

Les interventions charnières

Les interventions charnières, soit celles qui ont semblé particulièrement significatives pour les intervenantes et qui, à leur point de vue, ont marqué un point tournant dans l'intervention, sont les suivantes :

Par rapport à la situation de violence :

aborder les peurs de la cliente; reconnaître le besoin d'être écoutée et respectée par le conjoint; refuser la situation de violence lors des visites à domicile; assurer la protection de la cliente et des enfants; valider l'expérience de la cliente; renforcer le réseau de soutien formel et informel de la cliente; maintenir le suivi malgré les obstacles et tisser un lien de confiance; rencontrer la cliente dans des lieux publics; impliquer le conjoint dans le suivi; clarifier la question d'un éventuel mariage; permettre à la cliente de sortir de la situation de violence en la référant au centre d'hébergement.

Par rapport au rôle parental :

reconnaître les compétences parentales de la cliente; clarifier la problématique du père biologique; augmenter l'estime de soi de la cliente en reconnaissant ses forces ou par l'utilisation du cahier de fierté, par exemple.

Les difficultés d'intervention

Les principales difficultés dans l'intervention rencontrées par les intervenantes sont de maintenir la continuité du suivi et d'effectuer les rencontres avec les clientes en l'absence du conjoint violent.

Les autres difficultés d'intervention rencontrées sont les suivantes : faire un suivi malgré le temps espacé entre les entrevues; développer des moyens de sécurité lors des visites à domicile; être outillé en cas de menace de suicide; rejoindre la cliente par téléphone; composer avec les annulations de rendez-vous; faire une entrevue avec la cliente en présence du conjoint; mobiliser la cliente pour assurer sa sécurité; et assurer un transfert lors d'un changement de territoire de CLSC.

Les bilans de l'intervention par les intervenantes

Les bilans de l'intervention ont été réalisés par les intervenantes au moment de la fin de l'intervention ou de la fin de la démarche de recherche. Elles tentent de faire le point sur la situation de la cliente en lien avec les objectifs d'intervention. Elles ciblent la situation de violence, l'autonomie de la cliente, la prévention et l'utilisation des services, ainsi que l'estime de soi des femmes.

Bilan par rapport à la relation conjugale :

- sept clientes n'ont jamais cessé de vivre avec le conjoint;
- une cliente a repris la relation avec son conjoint;
- trois clientes sont séparées du conjoint depuis le début du suivi;
- quatre clientes ont quitté le conjoint violent et ont une nouvelle relation amoureuse.

Bilan par rapport à la situation de violence :

- une prise de conscience du potentiel de dangerosité et une sensibilisation au cycle de la violence, le développement de stratégies pour assurer la sécurité ou la mobilisation pour se rendre dans un centre d'hébergement (ce qui a été le cas pour deux clientes);
- une prise de conscience de l'aspect inacceptable de la situation de violence;
- une mobilisation de la cliente pour assurer la sécurité de son enfant, ce qui a mené deux clientes à obtenir la garde complète de l'enfant;
- un changement de comportement et une amélioration de la communication dans le couple;
- une amélioration du comportement du conjoint envers sa conjointe au moment des rencontres avec l'intervenante;

- informer le réseau formel et informel de soutien à propos de la situation de violence et obtenir son appui.

Bilan par rapport à l'autonomie de la cliente :

- le retour aux études a permis à trois clientes d'avoir une plus grande autonomie;
- l'obtention d'un emploi a permis à quatre clientes d'avoir une grande autonomie;
- une cliente est à la recherche d'un emploi.

Bilan par rapport au besoin d'un père biologique pour l'enfant :

- le besoin d'un père à tout prix pour l'enfant est remis en question par deux clientes;
- le besoin d'un père biologique est impératif pour une cliente. Une autre cliente réalise que le désir d'un père pour son enfant vient de l'absence de son propre père et de ce besoin à combler.

Bilan par rapport à l'estime de soi selon la perception des intervenantes :

- l'estime de soi des clientes a augmenté grâce à une reconnaissance par les intervenantes de leurs forces et de leurs compétences parentales;
- l'utilisation du cahier de fierté a permis aux clientes d'avoir une meilleure estime d'elles-mêmes;
- l'estime de soi des clientes a augmenté par la participation aux activités du CLSC;
- l'appui fourni par le réseau de soutien informel a permis aux clientes de s'estimer davantage.

Bilan par rapport à la prévention et à l'utilisation des services du CLSC :

- les rencontres avec les intervenantes ont permis aux clientes de briser l'isolement et le silence, en plus de renforcer le réseau de soutien formel;
- le lien de confiance et l'aide reçue ont permis aux clientes de consulter au besoin et d'utiliser davantage les services du CLSC;
- les services offerts par les intervenantes privilégiées ont permis aux clientes d'améliorer et de confirmer leurs compétences parentales.

Le bilan des quinze dossiers a permis de dresser un profil de la clientèle et des interventions menées. Toutefois, les résultats présentés ne peuvent être généralisés, compte tenu de la nature de l'échantillon. Les grilles complétées n'ont pas été présentées dans ce rapport car elles sont trop volumineuses.

Ces bilans mettent en lumière le cheminement des clientes, une évolution, parfois lente mais réelle, à laquelle les intervenantes ont la conviction de participer.

3.2 Les savoirs d'expérience de l'équipe⁸

Comment rendre compte du développement des savoirs? Cette question s'est avérée la plus ardue et la plus complexe pour l'équipe. Fallait-il dénombrer les opérations intellectuelles (questions, hypothèses, jugements, etc.)? Cette voie, bien que tentée, s'est avérée sans issue.

Les indications de Deslauriers (1991) qui suggère d'échelonner les lectures tout au long du processus de recherche qualitative plutôt que de tout lire avant de démarrer l'expérience, ont été suivies. La relecture du texte de Chammas (2001) a constitué « l'illumination » qui, pour reprendre l'expression de Marie Cardinal (1977), a permis de trouver « les mots pour le dire ». À l'origine du projet, les « opérations » du développement des nouveaux savoirs qui avaient été lues s'étaient avérées abstraites et vides de sens, mais voilà qu'elles prenaient vie et se révélaient dans toute leur pertinence.

Selon Schön (1994), lorsqu'une situation ne cadre pas avec ses expériences antérieures, l'intervenant peut accéder à divers niveaux de réflexion afin d'en arriver à une meilleure compréhension de ce nouveau phénomène. Ces divers niveaux sont abordés dans l'article de Chammas (2001) et ils se sont avérés fort utiles pour baliser la présente démarche de l'équipe. Ainsi, face à un phénomène inconnu, l'intervenant posera un regard critique afin de remettre en question ses propres croyances, ce qui le mènera à une nouvelle description, une nouvelle façon de percevoir ce phénomène. Il pourra ainsi restructurer sa façon d'y faire face, puis vérifier sur le terrain si cette nouvelle construction mène à des résultats efficaces.

⁸ Certaines parties de cette section sont tirées d'un article qui sera publiée dans la revue *Intervention* (Bernier et Pagé, sous presse).

Lorsque l'expérience est positive, une nouvelle théorie du phénomène peut alors émerger, et elle peut être incorporée dans les actions ultérieures (Chammas, 2001; Schön, 1994).

Les intervenantes ont donc fait un bilan à la fin de la démarche dans le but de détailler les opérations qui ont mené au développement des nouveaux savoirs d'expérience développés en équipe. Elles ont tenu à faire le bilan en équipe, car elles estiment qu'il s'agit d'un processus collectif.

Une réserve s'impose. Les intervenantes ont accepté, en toute simplicité et confiance, de partager l'évolution de leur savoir. Il s'agit d'intervenantes d'expérience, ayant des expertises reconnues, mais sans expertise en violence conjugale. Ce qui pourra sembler simpliste à des « experts », est une démarche valide et pertinente pour des intervenantes en quête de perfectionnement.

Deux intervenantes dont la participation à la démarche a été périphérique, mais tout de même importante, ont également été interrogées à l'aide d'une grille d'entrevue simplifiée. Quatre questions leur ont été posées concernant leur intérêt professionnel à participer à la démarche, les apprentissages généraux qu'elles ont réalisés, la nature transposable de leur expérience à d'autres activités professionnelles et la façon dont l'expérience a modifié leur perception de la violence conjugale et de l'intervention. Ce qui ressort de ces deux entrevues, c'est que la démarche a permis certains acquis pour ces intervenantes. Elles ont appris à mieux comprendre la dynamique de la violence conjugale et cela a eu un impact sur leur façon d'être avec les clientes. Elles ont modifié leur façon d'intervenir en respectant davantage le rythme de celles-ci. La démarche leur a permis de s'approprier de nouveaux modèles d'intervention. De plus, elles ont pu transmettre leurs nouveaux savoirs à d'autres collègues et à d'autres organismes partenaires.

3.2.1 Le développement d'un regard critique

Dans le cadre de cette démarche, les intervenantes ont remis en question certaines de leurs attitudes et pratiques dont, dans un premier temps, leurs attentes de changements rapides chez la cliente. Ces attentes de changement étaient influencées par la croyance que la prise de

conscience de la violence mènerait nécessairement à l'intolérance des conditions qui la maintiennent. Ainsi, les intervenantes jugeaient parfois négativement la cliente, puisqu'elles questionnaient la motivation et la capacité d'agir de cette dernière. Cette prise de conscience de la part des intervenantes a donné lieu à d'importantes remises en questions sur l'à-propos de certaines interventions réalisées avant la mise en place du projet.

Les intervenantes ont également posé un regard critique sur leurs attitudes vis-à-vis la personne violente. Le rejet de toutes les formes de violence et de contrôle suscitait parfois un grand malaise chez certaines intervenantes lorsqu'elles se retrouvaient confrontées à la présence du conjoint violent ou d'une autre personne significative pour la cliente qui se montrait également violente (par ex. : son père). Une réflexion sur la distinction entre les individus et leurs comportements a permis de développer une plus grande objectivité et une ouverture thérapeutique différente. Les intervenantes ont commencé à penser que le comportement inacceptable d'une personne peut cohabiter avec une souffrance ou une détresse intérieures. Nonobstant ce qui précède, les membres de l'équipe ont convenu que les intervenants psychosociaux (par ex. : les travailleurs sociaux), de par leur formation professionnelle, étaient les mieux préparés pour intervenir auprès des conjoints violents.

Au plan éthique, l'intervention en situation de violence conjugale interpelle les valeurs et les croyances des intervenantes. L'intervention auprès d'individus vulnérables les a obligées à constamment se préoccuper de leurs positions éthiques. Or, les membres de l'équipe se sont rendus compte que ces positions vis-à-vis une situation donnée variaient selon la formation professionnelle. Il leur est apparu que les décisions éthiques sont parfois plus difficiles à prendre en intervention sociale que dans d'autres disciplines plus « médicales », puisque la recherche de la meilleure solution pour la cliente n'est pas toujours évidente. Malgré le partage de certaines valeurs au sein de l'équipe, les stratégies d'intervention sont différentes d'un cas à l'autre, puisque ce qui est bon pour une cliente ne l'est pas nécessairement pour une autre. Ces constats ont renforcé l'importance des discussions d'équipe autour des cas particuliers, de même que la grande valeur de l'enrichissement apporté par le support de l'équipe en cette matière.

Les intervenantes se sont questionnées sur le sentiment de sécurité qu'elles avaient eu lors de visites à domicile où se trouvait un conjoint violent. Elles ont réévalué leur impression de ne pas être menaçante, pour se rendre compte que leur présence pouvait, dans certaines circonstances, être un élément déclencheur de violence. Également, les questionnements soulevés par les collègues ont permis de réaliser que leur propre sécurité est aussi importante que celle de la cliente. À cet égard, il ressort de la réflexion des intervenantes que la supervision est souhaitable afin d'éviter de se laisser embarquer dans une situation potentiellement dangereuse; aussi, le regard des membres de l'équipe est précieux à cet effet. L'insuffisance des dispositifs de sécurité tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du CLSC a également été soulignée.

3.2.2 La construction d'une nouvelle description du phénomène

Ces remises en question de leurs attitudes et pratiques ont amené les intervenantes à redéfinir leur perception de la cliente. En acceptant que le changement s'opère en plusieurs étapes, les intervenantes ont aussi pu accepter que la cliente ait son propre rythme, qui n'est pas nécessairement en lien avec l'intervention, et qu'elle subisse aussi d'autres influences. La cliente peut progresser dans un cheminement personnel même si elle donne l'impression d'être immobile, ou même de reculer, par rapport à la situation de violence. Les intervenantes ont également dû apprendre à se dire qu'il est possible que certaines clientes ne quittent jamais leur conjoint violent. Ces dernières peuvent percevoir des avantages à demeurer dans cette situation. D'ailleurs, parmi les quinze cas analysés dans le cadre de la recherche, certaines jeunes clientes ont quitté leur conjoint mais sont revenues plusieurs fois.

De plus, les intervenantes ont développé une perception différente de l'intervention. L'appropriation de nouveaux modèles d'intervention (*empowerment* et modèle transthéorique de Prochaska) leur a permis de compléter la vision et les outils hérités de l'approche féministe. Cette combinaison de modèles a amené l'équipe à se sentir plus à l'aise dans les dossiers de violence conjugale. Les intervenantes ont perçu l'importance de ne pas travailler plus fort ou plus vite que la cliente, et même de lâcher prise au besoin. Cependant, les limites d'intervention sont plus rapidement atteintes lorsque les deux conjoints dans le couple sont violents. Par ailleurs, une des stratégies utilisées par les membres de l'équipe consiste à avoir

deux entrevues prêtes avant une visite, selon que le conjoint est présent ou non, afin d'être capable d'aborder certains aspects avec la cliente si le conjoint quitte momentanément l'entrevue.

Ce qui est primordial en intervention afin d'accompagner la cliente à travers son cheminement personnel, c'est de créer un lien de confiance. Ce dernier lui permet d'aborder le sujet de la violence conjugale. C'est dans ce contexte sécurisant que la violence peut être dévoilée par la cliente. Sans le lien de confiance, la cliente peut nier la violence même si l'intervenante sait que cette problématique est présente au sein du couple.

Des connaissances approfondies sur la dynamique associée à la violence conjugale viennent teinter la façon d'être avec la cliente. L'acceptation authentique de cette dernière et de ses choix permet une relation plus empathique et un engagement continu auprès d'elle. Cette acceptation du rythme de la cliente fait que le lien de confiance de cette dernière persiste au-delà de la fin du suivi régulier. Il a été observé au cours de la démarche qu'une cliente en confiance revient vers l'intervenante en période de crise, même après la fin de l'intervention.

3.2.3 La vérification de la pertinence des modèles

Afin de permettre l'appropriation de nouveaux modèles d'intervention par les membres de l'équipe, ces derniers ont confronté les nouveaux concepts et outils acquis lors des formations afin de juger de la pertinence de ces modèles dans le cadre de leur travail quotidien.

La grille des étapes de changement, provenant du modèle transthéorique de Prochaska (Prochaska et Norcross, 1999), a été appréciée des intervenantes qui la trouvaient concrète et pertinente pour l'intervention dans le cadre de la problématique de la violence conjugale; il leur était possible de placer la cliente sur cette grille en fonction de l'étape où elle était rendue. La grille leur a permis de prendre de la distance par rapport à l'analyse de la situation des clientes. Certaines praticiennes l'ont d'ailleurs considérée comme étant plus utile que le schéma du cycle de la violence provenant de l'approche féministe. Comme il n'y est pas

question de violence, mais plutôt de changement, cet outil a également pu être utilisé avec la cliente, puisqu'il n'était pas menaçant.

Dans la perspective de l'*empowerment*, l'équipe s'est donnée une formation sur le développement de l'estime de soi (Mruk, 1999). Après coup, elle a considéré que ce concept était indispensable et que tout intervenant devait être outillé pour travailler l'estime de soi de sa clientèle : soutenir la cliente au niveau d'un projet; souligner ses forces; l'aider à les identifier; renforcer ce que la cliente réussit en lui décrivant ce qu'elle accomplit. En termes d'outils pour le développement de l'estime de soi, le cahier de fierté et d'expression est celui qui a davantage plu aux intervenantes. Il s'est avéré facile à utiliser et apprécié par les clientes; il leur a permis de prendre conscience de leurs forces et de leurs capacités.

En plus de vérifier la pertinence des modèles, les intervenantes ont procédé à la vérification des conditions possibles à l'engagement des hommes dans l'intervention. Bien qu'il ne soit pas facile d'intervenir avec le conjoint violent, celui-ci ne sera pas exclu de l'intervention. Les intervenantes reconnaissent toutefois que cela leur demande des compétences supplémentaires. Lorsque ces hommes demandent de l'aide, ils sont orientés vers des ressources spécialisées pour les hommes ayant un problème de violence.

3.2.4 La restructuration du cadre théorique de l'intervention

Le cadre théorique antérieur s'inspirait largement de l'approche féministe. L'exploration d'autres modèles d'intervention a élargi le cadre de référence. L'étude du modèle de Prochaska (Prochaska et Norcross, 1999) a eu une influence prépondérante sur la vision de la cliente et a permis la prévention de jugements négatifs et définitifs sur la motivation au changement. Le modèle d'*empowerment* (Lee, 1994; Mruk, 1999) a fourni des objectifs d'intervention pertinents à court et à long terme, ainsi que de nature préventive en ce qui concerne les enfants. L'équipe se réfère maintenant à ces trois modèles comme balises de son intervention.

L'équipe a développé des grilles de présentation de cas, qui ont été modifiées en cours de route afin d'être mieux adaptées à la nature de la pratique. Les grilles ont été utilisées pour

les présentations des dossiers lors des discussions d'équipe. Elles ont permis une nouvelle organisation à la fois des informations pertinentes et de la structuration de l'exposé du cas, ainsi qu'une uniformisation en vue de la compilation finale pour la recherche.

3.2.5 Une nouvelle théorisation du phénomène

La réflexion de l'équipe, l'élaboration d'une nouvelle perception de la cliente et de l'intervention à privilégier, de même que l'appropriation de nouveaux modèles d'intervention amenant l'équipe à redéfinir son cadre d'intervention, ont favorisé l'émergence de nouvelles considérations théoriques quant au phénomène de la violence conjugale.

Une première considération se rapporte à l'importance, pour la cliente, de la présence d'une figure paternelle pour son enfant. Il est clair que la majorité des jeunes mères rencontrées désirent la présence d'un père pour leur enfant. Elles veulent lui offrir une expérience paternelle plus positive que celle qu'elles ont elles-mêmes connue. La culpabilité à l'idée de priver son enfant d'un père fait en sorte que la femme peut décider de rester ou de retourner avec un conjoint violent. Les clientes sont ambivalentes à couper les liens entre le père et l'enfant. Elles sont prêtes à laisser une chance au conjoint s'il suit une thérapie. Dans un des dossiers, une cliente a d'ailleurs refusé de faire un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse parce qu'elle avait peur que cette dernière prive l'enfant de contacts avec son père.

Également, la garde de l'enfant et les droits d'accès sont des questions qui semblent importantes dans la prise de décision de quitter le conjoint. Il arrive que le conjoint menace sa conjointe de lui enlever la garde des enfants s'il y a séparation, ce qui la perturbe. Cela la touche directement dans son estime d'elle-même (« peut-être que je ne suis pas une bonne mère »; « je n'ai pas de travail, comment pourrais-je m'en sortir sans lui? »).

Dans certains cas, la peur de perdre la garde, de même que le désir que l'enfant ait un père sont très grands et ce, même si l'enfant est potentiellement en danger. Ce n'est qu'au fil des événements violents et quand la menace de violence pour l'enfant est plus claire ou plus

imminente que l'importance du père se modifie : la réflexion de la cliente devient alors « oui, un père, mais pas à n'importe quel prix ».

Sans pouvoir en dégager une théorie, certains questionnements ont émané quant aux éventuels liens entre la violence conjugale et les difficultés vécues lors de la grossesse. En effet, dans plusieurs dossiers, les complications suivantes ont été répertoriées : hospitalisation en fin de grossesse; hypertension; menaces de travail pré-terme; bébé de petit poids; et gain de poids insuffisant de la mère. Bien qu'il soit impossible pour l'équipe de généraliser à partir de leur échantillon de quinze cas, le *Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse* (Santé Canada, 1999) confirme que ces événements sont des suites possibles de traumatismes liés à la violence. Les intervenantes se sont demandées si les femmes violentées de milieux défavorisés n'ont significativement plus de complications de grossesse que les femmes de ces mêmes milieux ne vivant pas de violence conjugale.

L'expérience des intervenantes leur a également permis de faire certaines observations sur la présence d'une histoire de violence dans le passé de la cliente et de son conjoint. En effet, dans leurs dossiers, il y avait toujours des antécédents de violence, tant du côté de l'homme que de la femme, que ce soit comme témoin ou victime de violence. En raison de ces expériences passées, le seuil de tolérance à la violence de ces femmes semblerait plus élevé; la violence serait perçue comme « normale ». Malgré un *modeling* déficient, ces femmes demeurent toutefois conscientes de la dynamique dans laquelle elles sont et elles souhaitent ne pas répéter les mêmes erreurs que leurs parents.

En plus de ces quelques considérations théoriques, les membres de l'équipe ont tenté d'identifier un certain nombre de facteurs qui semblent favoriser le départ de la cliente de sa relation violente. D'une part, lorsque le réseau immédiat valide et reconnaît qu'il y a violence, à ce moment il y a une brèche dans l'emprise du conjoint, ce qui laisse une chance à la cliente de s'en sortir. Plus particulièrement, l'accompagnement, le soutien et la validation du père de la cliente ont été très importants dans certains dossiers. Également, les intervenantes constatent que la cliente risque davantage de se mobiliser lorsqu'elle réalise

l'impact immédiat de la violence sur son enfant (c'est-à-dire qu'il est victime lui-même ou qu'il démontre des séquelles). L'estime de soi fait aussi une différence. Il y a un changement d'attitude lorsque la cliente réalise qu'en tant que mère, elle a des capacités, qu'elle peut accéder à l'autonomie financière grâce à son emploi et qu'elle bénéficie de la présence d'un réseau qui la considère et la soutient. Quand une femme reconnaît qu'elle est quelqu'un de bien, elle sera moins tolérante à ce qu'on porte atteinte à son intégrité.

3.2.6 L'incorporation des découvertes dans les actions ultérieures

Au cours de la démarche, les intervenantes ont réussi à modifier leurs interventions puisque la présence de l'équipe leur a permis l'accès à des points de vue complémentaires en raison des perspectives disciplinaires et des expériences de travail différentes. Les discussions de cas en équipe leur ont permis de rendre compte de l'évolution des interventions et de prendre une certaine distance afin de les analyser plus objectivement. Ces échanges ont été le lieu d'application par excellence des découvertes réalisées lors des lectures et des formations. Également, l'appropriation des connaissances a été favorisée par la durée de l'expérience sur deux ans.

Toutefois, le rodage des discussions de cas a été un peu long et l'appropriation des grilles a pris un certain temps. Si la recherche se poursuivait encore aujourd'hui, l'utilisation de certaines grilles se ferait maintenant de façon optimale. Malheureusement, la brièveté relative des discussions (70 minutes aux quinze jours), ne permettait pas de considérer toutes les dimensions d'un dossier. Ce furent deux limites à l'analyse plus approfondie des dossiers et à la mise en pratique des nouvelles connaissances théoriques.

3.3 L'acquisition des savoirs individuels

Une autre façon d'aborder le développement des savoirs fut de cerner la pertinence des modalités pédagogiques mises en place tout au long de la démarche. Le bilan qui suit reflète l'identification des savoirs individuels des membres de l'équipe, en fonction de ces modalités. Quelques redites en regard de la section précédente sont inévitables mais l'ensemble du matériel a été consigné à l'intention de personnes qui envisageraient d'entreprendre une démarche analogue.

Des entrevues individuelles semi-dirigées ont eu lieu avec les quatre intervenantes ayant constitué le noyau stable de l'équipe tout au long du processus de la démarche. Les questions du guide d'entrevue ciblaient les aspects aidants et non aidants reliés aux différents moyens pédagogiques utilisés, soit les textes sur les différents modèles d'intervention, les textes liés aux formations, les formations elles-mêmes, les discussions de cas et les grilles de présentation de cas.

Une analyse de contenu a été réalisée à partir du *verbatim* des entrevues. Cette dernière a permis de faire ressortir les éléments du discours des intervenantes correspondant aux savoirs acquis dans le cadre de la démarche. L'analyse des données a été effectuée par une auxiliaire de recherche et revue par la chercheure. Les intervenantes de l'équipe ont pris connaissance des résultats de cette analyse et ont attesté que cette dernière représentait adéquatement les réponses de chacune d'entre elles.

Ainsi, le bilan qui suit rapporte les acquis des intervenantes en fonction de ces trois types de savoir, soit le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Il est toutefois important de noter que ces types de savoirs s'influencent mutuellement. Ainsi, il a parfois été difficile de départager certains éléments du discours des intervenantes qui pouvaient s'apparenter à plus d'un type de savoir, selon l'angle sous lequel il est analysé. Pour le bilan, les propos qui se rapportaient à des connaissances ont été identifiés comme des savoirs, même s'il pouvait s'agir de connaissances permettant de modifier des habiletés d'intervention (savoir-faire) ou des attitudes (savoir-être). Pour être considéré comme un élément de savoir-faire, le discours des intervenantes devait clairement faire état d'une action. Enfin, le savoir-être est présent lorsque les intervenantes s'expriment sur leurs attitudes, en lien avec leurs croyances et leurs valeurs.

3.3.1 Les acquis liés au savoir

À propos des textes sur les modèles d'intervention qui ont été distribués aux intervenantes au début et en cours de démarche, celles-ci notent que ces textes leur ont fourni un cadre de référence pour baliser leurs interventions. Le fait que les intervenantes ont partagé les mêmes textes leur a donné un point de départ commun pour l'intervention. Cela a permis à l'équipe

d'utiliser un même langage, d'avoir la même compréhension du phénomène de la violence conjugale. Les textes ont également permis une mise à jour de leurs connaissances face à la violence conjugale. Pour la plupart, les textes ont été appréciés puisqu'ils étaient liés à la pratique et appliqués à une clientèle bien précise. Les intervenantes jugent que cela leur a permis une meilleure intégration de leurs connaissances. Le texte synthèse sur les modèles d'intervention en violence conjugale leur a permis de s'imprégner d'une vue d'ensemble de plusieurs modèles différents et de s'ouvrir à de nouveaux modèles. Il a également été un déclencheur dans le choix de la formation sur l'estime de soi. Les intervenantes ont apprécié que des auxiliaires de recherche fassent pour elles le travail de synthèse des écrits sur l'intervention puisque c'est une tâche qu'elles n'auraient pas eu le temps de faire elles-mêmes.

Quant à un texte sur l'éthique, sa lecture a donné aux intervenantes l'occasion de s'arrêter afin de réfléchir à cet aspect. Les textes portant sur la violence conjugale ont d'une part confirmé que la clientèle de l'équipe PRINSIP cumule plusieurs facteurs de vulnérabilité face à la violence. D'autre part, ils confirment aussi qu'il existe très peu de données sur la violence conjugale au moment de la grossesse et plus particulièrement concernant l'intervention face à cette problématique.

Les aspects des textes qui ont été perçus comme moins aidants dans l'acquisition des savoirs sont, d'une part, que certains textes étaient écrits en anglais alors que quelques membres de l'équipe n'étaient pas familiers avec cette langue. Pour cette raison, ces textes n'ont pas été repris lors des discussions. D'autre part, quelques textes étaient difficiles à comprendre, ce qui a fait en sorte d'en limiter la discussion et l'intégration.

Les textes et le recueil sur l'*empowerment* et l'estime de soi ont surtout été bénéfiques pour la réflexion des intervenantes sur la façon de souligner les forces de la cliente, de même que les caractéristiques permettant d'identifier une forte ou faible estime de soi chez la cliente. Quant à elle, la formation a été mise en valeur à travers l'expérience du conférencier qui a su captiver l'intérêt et simplifier le concept d'estime de soi afin de le rendre concret et accessible. Bien que les intervenantes utilisaient déjà un modèle d'intervention axé sur le

développement des compétences (modèle McGill en soins infirmiers), la formation et le recueil de textes leur ont permis de parfaire leurs connaissances à l'aide d'outils d'intervention supplémentaires. D'autre part, ce qui a été considéré comme moins aidant par les intervenantes est le fait que la formation reçue ne soit pas davantage axée sur l'application du modèle auprès d'une clientèle de femmes violentées par leur conjoint, de plus, le concept d'estime de soi étant relativement complexe à s'approprier, les intervenantes ont considéré la durée de la formation trop courte.

Les textes et la formation sur le modèle de Prochaska ont amené une série de nouvelles connaissances pour les intervenantes, puisqu'il s'agit d'une approche dont certaines d'entre elles ignoraient l'existence. Elles ont principalement appris que le changement est un processus qui survient par étape où les notions de recul et de rechute sont présentes. Le processus de changement s'inscrit dans le temps et sa durée varie d'une cliente à l'autre. Le modèle de Prochaska permet de situer le cheminement de la cliente sur un continuum de changement. Ce dernier ne dépend pas uniquement de l'intervention puisque chaque cliente possède le savoir-faire pour se sortir de sa situation de violence. La formation sur ce modèle a été très appréciée, en raison de l'effort soutenu des conférencières à mettre en application les notions du modèle par l'utilisation d'exemples concrets en lien direct avec la clientèle de l'équipe.

Les discussions de cas ont été perçues comme un incontournable de la recherche-action par les intervenantes. Dans un premier temps, elles leur ont permis d'échanger et d'améliorer leur compréhension suite aux lectures. Les intervenantes ont également pu s'enrichir de l'expérience des autres, mais plus particulièrement de celle de la travailleuse sociale, puisqu'elle a été l'intervenante privilégiée dans la majorité des cas suivis. Les discussions ont permis à l'équipe d'élargir leur répertoire d'outils d'intervention, mais aussi de constater que l'intervention a ses limites. Le seul inconvénient rapporté par rapport aux discussions de cas, est le manque de temps pour présenter un dossier dans tous ses détails. L'espace réservé de 70 minutes par quinze jours pour la recherche ne permettait pas à toutes les intervenantes de présenter leurs cas et le même cas pouvait être reporté de semaine en semaine.

Les grilles de présentation de cas sont probablement le moyen pédagogique sur lequel les intervenantes ont une opinion la plus mitigée. En effet, bien qu'elles en admettent l'utilité pour organiser l'information en vue des discussions de cas, elles ont éprouvé de la difficulté à se les approprier. Cet outil a donc davantage été perçu comme étant utile pour la recherche que pour l'intervention. Les intervenantes auraient aimé avoir davantage de temps pour peaufiner les grilles. Le même genre de constat a été établi pour la grille sur les savoir-faire. Bien que cette dernière ait permis de voir l'évolution de ce type de savoir dans l'équipe et qu'elle ait permis de développer des hypothèses en lien avec le modèle de Prochaska, cette grille n'a pas beaucoup été exploitée car une plus grande importance a été accordée aux autres grilles de compilation des données.

3.3.2 Les acquis liés au savoir-faire

Les textes sur les modèles d'intervention ont amené les intervenantes sur de nouvelles pistes pour leur pratique. Ils leur ont permis de développer une perception différente du conjoint violent. Ainsi, à partir du moment où ce dernier est perçu comme une personne ayant aussi ses souffrances, l'intervention sera orientée différemment. Par contre, plusieurs approches présentées dans le texte synthèse n'ont pas été mises en pratique et certaines intervenantes auraient apprécié de les utiliser auprès de la clientèle.

Concernant plus particulièrement les textes sur l'estime de soi, les intervenantes sont davantage en mesure de poser un diagnostic de forte ou de faible estime chez leurs clientes. Les textes ont pour la plupart confirmé leurs intuitions. La formation leur a appris la façon de verbaliser à une cliente qu'elle a des compétences afin d'augmenter son estime de soi. En effet, décrire à la cliente les actions concrètes qu'elle pose qui font en sorte que l'intervenante la trouve bonne a une plus grande répercussion sur la cliente que le simple fait de lui dire qu'elle est bonne. Les intervenantes ont également réalisé et ce, peu importe la profession, toute l'importance de travailler sur l'estime de soi, surtout auprès d'une clientèle de femmes violentées par leur conjoint. Ce concept est continuellement présent à leur esprit lorsqu'elles interviennent. La reconnaissance des compétences de la cliente est la pierre d'assise de leurs interventions. Elles ont modifié leur façon d'intervenir en se recentrant sur la cliente comme personne, plutôt qu'en se concentrant sur la situation de violence. Par

conséquent, cela leur permet de dédramatiser la situation. De plus, le lien de confiance s'installe plus facilement et plus rapidement. Les intervenantes ont remarqué que cet objectif d'intervention, ce travail visant à augmenter l'estime de soi de la cliente, agit directement sur le monologue intérieur de cette dernière, ce qui augmente les chances de changement; l'estime de soi devient comme un levier, en ce sens que la cliente identifie elle-même ses forces et refuse la violence de son propre chef.

En termes d'outils d'intervention, le cahier de fierté est sans doute celui qui a été mis en application le plus souvent et qui a connu le plus de succès. Il a été décrit comme facile à utiliser avec la cliente puisqu'elle l'accepte souvent d'emblée. Les intervenantes l'ont même adapté à leurs besoins, pour en faire le cahier de fierté et d'expression. Concernant les autres outils proposés lors de la formation ou dans les textes, certains ont été jugés comme peu pertinents, parfois trop simples ou à l'inverse trop complexes pour être utilisés auprès de la clientèle. Par conséquent, ils n'ont pas été utilisés. Les intervenantes auraient aimé en avoir d'autres, mieux adaptés à leur réalité.

Le modèle de Prochaska a introduit pour l'équipe une nouvelle façon d'intervenir. Alors qu'elles avaient déjà suivi une formation pour le dépistage de la violence conjugale, les intervenantes considèrent que la formation et les textes sur l'approche de Prochaska leur ont enseigné comment intervenir auprès des clientes violentées par leur conjoint. Elles ont appris à ne pas envahir la cliente d'informations si cette dernière n'est pas prête à les entendre. De plus, elles sont maintenant en mesure de respecter les choix de la cliente, même si celle-ci décide de rester avec son conjoint violent. De la même façon, les intervenantes ont appris qu'elles ne devaient pas travailler plus fort que leur cliente et qu'elles devaient parfois apprendre à lâcher prise. Il est important de respecter la cliente et de l'accompagner à travers son évolution dans la situation. Le modèle de Prochaska a également fourni aux intervenantes un outil qu'elles utilisent avec la cliente, soit la spirale des étapes du changement. Cet outil permet à la cliente de visualiser l'étape à laquelle elle est rendue et le chemin qu'elle a parcouru.

Les intervenantes jugent que les discussions de cas leur ont permis d'aborder les dossiers sous l'angle de la violence, ce qui n'était pas le cas avant la recherche. Elles réalisent maintenant que chaque situation est unique, et donc que la façon d'intervenir sera différente dans chaque cas. Le fait de devoir préparer la présentation des cas avant chaque discussion obligeait les intervenantes à dresser un portrait précis de leur cliente, à se centrer sur les éléments importants. Les échanges dans l'équipe ont permis de reconnaître les interventions qui ont eu du succès.

Les intervenantes ont également perçu plusieurs avantages à partager avec les autres membres de l'équipe les interventions qu'elles ont mises en place. Dans un premier temps, elles ont pu s'enrichir des essais et erreurs de leurs collègues. Elles ont ainsi pu voir quels outils ont été privilégiés par les autres intervenantes, de quelle façon ces outils ont été utilisés et quelles interventions ont fonctionné. Elles ont également su profiter de l'opinion professionnelle des autres, qui étaient en mesure de faire des reflets sur leurs interventions. Le partage avec les autres membres de l'équipe a aussi permis de penser à un plus grand répertoire de ressources et de pistes d'intervention pour un cas donné. Les intervenantes ont enfin échangé entre elles quelques trucs permettant de se protéger face à une clientèle aux prises avec une problématique lourde. Les discussions de cas étaient un moment privilégié pour intégrer la théorie à la pratique.

Selon les intervenantes, les grilles de présentation de cas ont eu peu d'impact sur leur façon d'intervenir, mis à part le fait de les obliger parfois à récupérer certaines informations auprès de la cliente afin de les situer dans les grilles d'analyse. De façon générale, les intervenantes ont trouvé l'utilisation des grilles trop complexes, puisqu'il n'y a pas deux dossiers identiques. Quant à la grille sur le savoir-faire, elle a été considérée comme la plus aidante puisqu'elle permettait de voir l'évolution des interventions en fonction de la situation de violence. Pourtant, même si cette grille a été la plus utile, elle a aussi été la moins utilisée puisque le réflexe de s'y référer est arrivé très tard dans la démarche de recherche.

3.3.3 Les acquis liés au savoir-être

Les textes sur les modèles d'intervention ont permis certains acquis aux intervenantes au plan du savoir-être. Tout d'abord, ces textes ont permis d'identifier les modèles avec lesquels les intervenantes étaient le plus à l'aise. Aussi, le fait de savoir que ce qui était lu pouvait être appliqué leur a donné l'envie de passer à l'action. Enfin, en lisant sur la problématique de la violence conjugale, les intervenantes ont été en mesure de mieux comprendre l'inconfort qu'elles pouvaient ressentir lors de certaines visites à domicile.

Les textes et la formation sur l'estime de soi ont redonné confiance aux intervenantes (face à leur façon de faire), puisqu'ils ont confirmé qu'elles mettaient en place certaines des interventions qui étaient efficaces pour la clientèle. Quant au modèle de Prochaska, il a démontré aux intervenantes qu'elles pouvaient continuer à se sentir compétentes malgré les reculs de la cliente qui surviennent parfois.

Les discussions, tout comme les grilles de présentation de cas, ont permis aux intervenantes de prendre une certaine distance par rapport à la situation de la cliente. La contribution de chacune lors des échanges a permis d'évoluer dans leur pratique, par l'expérience partagée des autres. Les intervenantes notent qu'elles font preuve de plus d'assurance face à leurs interventions grâce au soutien de l'équipe. Elles vivent moins d'isolement puisqu'elles réalisent que les difficultés rencontrées sont aussi vécues par les autres. Elles parviennent à se sentir plus à l'aise dans les situations qui impliquent un conjoint violent et savent mieux comment réagir face à un dévoilement de la part de la cliente.

Les intervenantes notent également que les rencontres d'équipe ont fait en sorte de consolider les liens entre ses membres. Elles estiment énormément leurs collègues. Elles considèrent que la réussite des discussions de cas dépend en majeure partie d'une bonne complicité et d'un certain niveau de maturité et d'humilité de la part des membres de l'équipe.

3.4 Appréciation de l'expérience par les intervenantes

L'appréciation de l'expérience par les intervenantes a été évaluée lors du bilan final. Les thèmes suivants ont fait l'objet de questions : la durée du projet; les interactions de la chercheuse avec l'équipe; la rémunération financière; l'insertion dans les activités statutaires; le format d'une recherche formalisée; les éléments manquants; la transférabilité de l'expérience; la faisabilité financière; et enfin, la comparaison de l'expérience actuelle à d'autres expériences de perfectionnement. Voici une synthèse des réponses des intervenantes, notant les aspects négatifs et positifs de l'expérience.

3.4.1 Les aspects administratifs

Plusieurs critiques ont été faites par rapport à la durée du projet. En général, les intervenantes auraient souhaité avoir plus de temps pour réaliser la recherche-action. La première année a été consacrée à l'appropriation des outils de travail, à l'utilisation des grilles et à l'acquisition des connaissances théoriques. Lorsque l'équipe s'est sentie à l'aise avec la démarche, la fin était déjà en vue. Certains dossiers ont fait l'objet de peu de discussions puisqu'ils ont été les derniers présentés. Un aspect positif du projet est que sa durée équivaut à celle de l'intervention avec les clientes PRINSIP. De plus, une période de deux ans a permis aux intervenantes de s'approprier la recherche et d'approfondir les liens théorie-pratique.

La question de la rémunération financière a été une source de conflit avec la direction tout au long de la démarche de l'effort investi. La rémunération aurait permis une reconnaissance et une compensation mais elle s'est avérée plus symbolique que réelle. Elle a été vécue par les intervenantes comme un manque de reconnaissance par l'établissement. Une banque de temps a été créée, ce qui a été une source de motivation pour les intervenantes.

Les réunions d'équipe ont dû être modifiées pour laisser du temps et de l'espace à la démarche. Le temps consacré à la recherche signifiait une heure de moins pour les réunions habituelles de l'équipe. Hormis ces aspects négatifs, l'insertion de la recherche dans les activités statutaires assurait sa place et permettait une meilleure organisation du temps de travail. Selon les intervenantes, cette insertion était indispensable et nécessaire; l'intégration de la recherche a été favorisée par l'existence d'un cadre de travail déjà établi.

3.4.2 Le format de la recherche

Le format de la recherche a été apprécié par tous les membres de l'équipe. Étant formalisée, la recherche a pu être en lien avec la mission d'enseignement et de recherche de l'établissement et elle a permis d'établir une entente avec l'employeur. De plus, ce format a favorisé l'intégration des connaissances théoriques dans la pratique.

Les membres de l'équipe sont satisfaits à l'unanimité des interactions avec la chercheure. Cette dernière a donné un cadre et une direction à la recherche. La chercheure possède une expertise que les intervenantes n'ont pas nécessairement, ce qui a favorisé l'atteinte des objectifs du projet. La chercheure, également travailleuse sociale, est familière avec la problématique. Sa présence tout au long de la démarche a créé un lien entre le milieu universitaire et le milieu clinique.

3.4.3 Éléments manquants

Malgré la satisfaction d'avoir participé à la démarche, certains éléments manquants ont été soulignés par les intervenantes. Les critiques sont pour la plupart adressées à l'établissement : besoin d'une meilleure diffusion, à l'intérieur de l'établissement, de la démarche et de l'implication de ses membres; manque de reconnaissance des exigences requises pour participer à la recherche; et manque de soutien financier. Par rapport à la démarche en soi, le manque de temps alloué aux rencontres a été noté et lorsque l'équipe s'est appropriée la recherche, elle prenait fin. Une recommandation a été faite concernant l'équipe interdisciplinaire : d'autres travailleurs sociaux auraient été bienvenus pour enrichir les discussions.

3.4.4 Une expérience transposable?

Cette expérience est transposable mais elle demande certains pré-requis. Avec la recension des écrits, le cadre de référence et les modèles, il est possible de transposer cette expérience. De plus, cette dernière peut être faite avec d'autres problématiques et avec des clientes qui ont une faible estime de soi mais qui ne sont pas victimes de violence conjugale.

Parmi les pré-requis pour transposer cette expérience, les intervenantes ont mentionné un contrat clair entre le chercheur, l'établissement et les intervenants. Par rapport à l'équipe, sa participation doit être volontaire. L'équipe doit être fonctionnelle et stable. Le lien de confiance et le respect entre les membres de l'équipe sont également des pré-requis, ainsi qu'une certaine ouverture à l'autre. Les intervenants, malgré leurs professions respectives, doivent avoir un intérêt commun.

Les intervenantes s'accordent sur le fait que ce type de démarche ne peut être réalisé sans un soutien financier. Pour réaliser la démarche, il a fallu des subventions, du matériel et du personnel de recherche. Les intervenantes estiment que les participants ont besoin de reconnaissance pour le temps alloué à la recherche. La diffusion des résultats requiert également un soutien financier.

3.4.5 L'expérience actuelle comparée à d'autres expériences de perfectionnement

Selon une des membres de l'équipe, l'expérience de la recherche s'apparente à une expérience de deuxième cycle universitaire et vise à introduire un changement dans les interventions. Cette expérience est concrète par l'application de la théorie à la pratique. De façon générale, ce qui a été retenu de cette expérience, c'est qu'elle s'apparente à une supervision clinique, qu'elle vient teinter les interventions et qu'elle permet de participer à la recherche. La durée du projet, sur deux ans, a permis l'intégration des acquis. Enfin, les documents peuvent servir d'outils et de référence et certains d'entre eux peuvent être utiles dans le travail auprès des clientes. Cette expérience positive motive les intervenantes à poursuivre leur réflexion sur la violence conjugale et à participer à d'autres formations.

CONCLUSION

La modalité de recherche-action a été maintenue de façon satisfaisante tout au long de l'expérience. La chercheuse estime qu'il s'agit d'une expérience exemplaire de recherche-action. De l'avis des acteurs concernés, cette expérience commune a été bénéfique. La souplesse de tous les membres a favorisé les adaptations nécessaires.

L'apport clinique constituait une contribution incontournable à l'expérience; les intervenantes ont fourni les cas à travailler, ont participé à l'analyse clinique et ont réalisé les expérimentations de stratégies et de techniques. Elles ont apprécié ce temps d'approfondissement de l'intervention.

Le transfert des connaissances de la théorie à la pratique a été documenté par les participantes; l'apport théorique a été assuré par l'entremise des lectures et de formations. Il s'agit d'un élargissement des perspectives.

Quant au bilan de l'ensemble de la démarche, certaines réserves ont été émises, mais de façon générale, les membres de l'équipe sont satisfaites de la stimulation apportée par l'expérience et ont constaté son utilité. Les intervenantes estiment que leur expérience constitue une modeste contribution dans un secteur où la pratique a été peu documentée jusqu'à maintenant.

L'équipe a-t-elle répondu à l'objectif ultime de cette démarche, soit l'amélioration de l'intervention clinique auprès des femmes enceintes issues de milieux défavorisés et victimes de violence conjugale? Les intervenantes estiment qu'il y a eu une évolution au sein de l'équipe et qu'elles se sentent beaucoup moins démunies face à cette clientèle. Cependant, pour évaluer rigoureusement l'atteinte de cet objectif, il faudrait une évaluation objective de l'intervention; il s'agit là d'une entreprise d'envergure qui n'a jamais été envisagée dans le cadre de la présente démarche de recherche-action.

L'équipe a la conviction que son expérience est transférable. Ce type de démarche peut se réaliser en lien avec d'autres problématiques et par d'autres équipes de travail. Les pré-requis sont la stabilité d'un noyau des membres, le désir d'apprendre, la solidarité et la confiance

mutuelle. Ces deux derniers ingrédients sont indispensables pour permettre des discussions aussi détaillées et personnelles des interventions.

Dans cette perspective l'équipe a produit ce rapport dans l'espoir qu'il serve d'inspiration à d'autres équipes. Il est diffusé par le CRI-VIFF et est disponible en format papier ou en version électronique sur le site Web du CRI-VIFF, www.criviff.qc.ca.

RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association (1994). *Mini DSM-IV. Critères diagnostiques*. Paris : Masson.

Balcazar, F. E., Keys, C. B., Kaplan, D. L., et Suarez-Balcazar, Y. (1998). Participatory action research and people with disabilities: Principles and challenges. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 12, 105-112.

Beaudoin, S., et Laquerre, C. (2001). *Guide pratique pour structurer le transfert de connaissances*. Québec : Direction du développement de la pratique professionnelle, Centre jeunesse de Québec - Institut universitaire.

Bernier, D., et Pagé, G. (sous presse). Bilan de deux années « d'analyse réflexive » d'une équipe interdisciplinaire en périnatalité œuvrant auprès de femmes vivant de la violence conjugale. *Intervention*.

Bérubé, J., et Pagé, G. (2002). *L'intervention en violence conjugale : présentation de différents modèles*. Texte inédit.

Bourassa, B., Serre, F., et Ross, D. (1999). *Apprendre de son expérience*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Burke, J., Denison, J., Grelen, A. C., Mc Donnell K. A., et O'Campo, P. (2004). Ending intimate partner violence: An application of the transtheoretical model. *American Journal of Health Behavior*, 28(2), 122-134.

Cardinal, M. (1977). *Les mots pour le dire*. Paris : Hachette.

Chammas, G. (2001). Quand l'action invente et réinvente le savoir... *Intervention*, 114, 16-24.

Collectif (1981). *Actes du colloque recherche-action*. Chicoutimi : Université du Québec à Chicoutimi.

Comité aviseur sur la recherche et l'évaluation en toxicomanie (1997). *Avis no 4 : sur le transfert des connaissances*. Québec : Gouvernement du Québec.

Curry, L., et Wergin, J. F. (1993). *Educating professionals: Responding to new expectations for competence and accountability*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Dagenais, C. (2000). Conditions favorisant le développement et l'implantation des innovations. Dans *Actes du colloque Courir deux lièvres dans le champ de l'intervention enfance/famille... ou faire avancer à la fois la science et la pratique*, dans le cadre du 67^e Congrès de l'ACFAS (pp.57-62).

Damant, D., Paquet, J., Bélanger, J.-A., et Dubé, M. (2001). *Le processus d'empowerment des femmes victimes de violence conjugale à travers le système judiciaire*. Collection Études et Analyses, no 14. Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.

Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal : McGraw Hill.

Dolbec, A. (1998). La recherche-action. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (pp. 467-496). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Dutton, M. A. (1992). Posttraumatic therapy: Healing the psychological effects of battering (chap. 9, pp. 129-141, *Empowering et healing the battered woman: A model for assessment & intervention*). New York: Springer Publishing Company.

Eisikovits, Z. C., et Buchbinder, E. (1996). Toward a phenomenological intervention with violence in intimate relationships. Dans J. L. Edleson, et Z. C. Eisikovits (Éds), *Future interventions with battered women and their families* (pp. 186-200). Thousand Oaks: Sage Publications.

Éthier, L. (1983). Approche systémique et intervention familiale. *Revue canadienne de psycho-éducation*, 12(2), 83-92.

Gagnon, J. (1984). La thérapie gestaltiste. Dans M. Riel, et L. Morissette (Éds), *Guide des nouvelles thérapies. Les outils de l'espoir* (pp. 75-81). Sillery : Presses de l'Université du Québec.

Gauthier, B. (1993). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Goldstein, H. (1990). The knowledge of social work practice: Theory, wisdom, analogue or art? *The Journal of Contemporary Human Service*, 71(1), 32-43.

Gouvernement du Québec (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Gouvernement du Québec (1995). *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : prévenir, dépister et contrer la violence conjugale*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Ministère de la Justice, Secrétariat à la Condition féminine, Ministère de la Sécurité publique, Ministère de l'Éducation, Secrétariat à la Famille.

Groupe de recherche et d'intervention en promotion de la santé de l'Université Laval (GRIPSUL) (1997). *La recherche participative en promotion de la santé au Canada francophone. Guide de réflexion*. Ottawa : Santé Canada.

- Hughes, M. J., et Jones, L. (2000). Women, domestic violence, and posttraumatic stress disorder (PTSD). *Family Therapy*, 27(3), 125-139.
- Imre, R. (1985). Tacit knowledge in social work research and practice. *Smith College Studies in Social Work*, 55(2), 137-149.
- Landenburger, K. M. (1989). A process of entrapment in and recovery from an abusive relationship. *Issues in Mental Health Nursing*, 10(3-4), 209-227.
- Landenburger, K. M. (1998). Exploration of women's identity. Clinical approaches with abused women. Dans J. Campbell (Éd.), *Empowering survivors of abuse: Health care, battered women & their children* (pp. 61-69). New York: Sage Publications.
- Laquerre, C. (2000). Présentation d'un guide pratique pour structurer le transfert de connaissances. Dans *Actes du colloque Courir deux lièvres dans le champ de l'intervention enfance/famille... ou faire avancer à la fois la science et la pratique*, dans le cadre du 67^e Congrès de l'ACFAS (pp.31-36).
- Lavoie, L., Marquis, D., et Laurin, P. (1996). *La recherche-action : théorie et pratique. Manuel d'autoformation*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Lebel, J. (2000). Jalons dans l'histoire de la thérapie familiale. *Intervention*, 111, 7-13.
- Lee, J. A. B. (1994). *The empowerment approach to social work practice*. New York: Columbia University Press.
- Little, L. F. (1990). Gestalt therapy with females involved in intimate violence. Dans S. M. Stith, M. B. Williams, et K. H. Rosen (Éds), *Violence hits home: Comprehensive treatment approaches to domestic violence* (pp. 47-65). New York: Springer Publishing Company.
- MacLeod, L. (1987). *Pour de vraies amours... Prévenir la violence conjugale*. Ottawa : Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme.
- Mandeville, L. (2004). Pour que la formation rejoigne la pratique. Dans L. Mandeville (Éd.), *Apprendre autrement : Pourquoi et comment* (pp. 7-59). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Mayer, R., et Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Moisan, M. (1993). *Pour que cesse l'inacceptable*. Québec : Conseil du statut de la femme.
- Moisan, M., et Bonfanti, C. (1994). *La violence conjugale au Québec : Un sombre tableau*. Québec : Conseil du statut de la femme.

Morin, A. (1991). *Recherche-action intégrale et participation coopérative. Méthodologie et étude de cas*, vol. 1. Montréal : Agence d'Arc.

Mruk, C. (1999). *Self-esteem: Research theory and practice* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.

Nadeau, M. (2000). Approche systémique avec les familles ou thérapie familiale en institution. *Intervention*, 111, 14-22.

Ouellet, F., René, J.-F., Durand, D., Dufour, R., et Garon, S. (2000). *L'empowerment dans Naître égaux - Grandir en santé*. Montréal : Direction de la Santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Papell, C. P., et Skolnik, L. (1992). The reflective practitioner: A contemporary paradigm's relevance for social work education. *Journal of Social Work Education*, 28(1), 18-26.

Patterson, J. (2003). Violence conjugale. Dans *La violence familiale au Canada : un profil statistique* (pp. 4-22). Ottawa : Santé Canada.

Payette, A., et Champagne, C. (1997). *Le groupe de codéveloppement professionnel*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Peled, E., Eisikovits, Z., Enosh, G., et Winstok, Z. (2000). Choice and empowerment for battered women who stay: Toward a constructivist model. *Social Work*, 45(1), 9-25.

Pottie Bunge, V. (2000). Violence conjugale. Dans V. Pottie Bunge, et D. Locke (Éds), *La violence familiale au Canada: un profil statistique 2000* (pp. 11-28). Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada.

Prochaska, J. O., et Norcross, J. C. (1999). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Pacific-groove: Brooks/Cole publishing co.

Racine, G. (2000). La construction de savoirs d'expérience chez des intervenants d'organismes communautaires pour femmes sans-abri : un processus participatif, collectif et non planifié. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(1), 69-84.

Racine, G., et Legault, B. (2001). La pluralité des savoirs dans la pratique du travail social. *Intervention*, 114, 6-15.

Régie régionale de la Santé et des services sociaux de la Montérégie (1998). *Programme régional de santé publique*.

Rinfret-Raynor, M., Pâquet-Deehy, A., Larouche, G., et Cantin, S. (1992). *Intervenir auprès des femmes violentées. Évaluation de l'efficacité d'un modèle féministe*. Montréal : Éditions Saint-Martin.

Rinfret-Raynor, M., Turgeon, J., et Joyal, L. (1998). *Le dépistage systématique des femmes victimes de violence conjugale : protocole de dépistage et guide d'intervention*. Montréal : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes; Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

Rondeau, G. (2004). Le modèle transthéorique oui, ça s'applique! Colloque de l'Équipe victoire, *10 ans de recherches en partenariat en violence conjugale. Un effort commun de partage des savoirs et des actions*, Drummondville.

Rondeau, G., Brodeur, N., et Carrier, N. (2001). *L'intervention systémique et familiale en violence conjugale : fondements, modalités, efficacité et controverses*. Collection Études et Analyses, no 16. Montréal : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.

Roy, M., Guindon, J.-C., et Fortier, L. (1995). *Transfert de connaissances - revue de littérature et proposition d'un modèle*. Montréal : Institut de recherche en santé et en sécurité du travail au Québec.

Santé Canada (1999). *Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse*. Ottawa : Centre national d'information sur la violence familiale.

Santé Québec (1996). *Conduites à caractère violent dans la résolution de conflits entre proches. Enquête sociale et de santé, 1992-1993*, monographie no 2, Montréal, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Schön, D.A. (1994). *Le praticien réflexif : À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Éditions Logiques.

Séguin, L., Pimont, M., Rinfret-Raynor, M., et Cantin, S. (2000). Violence conjugale pendant la grossesse : recension des écrits. *Santé mentale au Québec*, XXV(1), 288-312.

St-Arnaud, Y. (1992). *Connaître par l'action*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LES MEMBRES DE LA RECHERCHE-ACTION ET DE L'ÉQUIPE PRINSIP

Les membres de la recherche-action

- Colette Maillet : nutritionniste
- Aurore Forest : travailleuse sociale
- Micheline Lagrange : infirmière et responsable des soins infirmiers
- Christiane Montpetit : infirmière et chef de l'équipe PRINSIP

Autres membres de l'équipe PRINSIP

- Julie Lapointe : chef de programmes
- Julie Beaudin : médecin attiré à l'équipe
- Mario Lefebvre : organisateur communautaire
- Lise Laberge : infirmière
- Marie-Claire Fortier : éducatrice spécialisée

Chercheure principale et auxiliaires de recherche

- Diane Bernier : chercheure de l'équipe VICTOIRE du CRI-VIFF et professeure titulaire à l'École de service social à l'Université de Montréal
- Julie Bérubé : auxiliaire de recherche
- Maeve Hauteceur : auxiliaire de recherche
- Geneviève Pagé : auxiliaire de recherche

ANNEXE 2 : LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Formulaire de consentement
Projet de recherche :
L'intervention auprès de mères vulnérables victimes de violence conjugale
pendant la période pré et post natale

La coordonnatrice clinique est Christiane Montpetit : (450) 443-7400 #2206, CLSC St-Hubert.

La coordonnatrice scientifique est Diane Bernier : (514) 343-6598, Université de Montréal.

J'ai pris connaissance du devis de recherche et j'ai reçu toutes les informations nécessaires pour comprendre le contenu. Je sais ce qui est attendu de moi :

- participer à toutes les étapes de la recherche qui s'échelonne sur deux ans;
- fournir l'information sur mon travail d'intervention dans les cas discutés en équipe.

Je comprends que cette participation est susceptible d'améliorer mes connaissances et habiletés d'intervention, ainsi que mes habiletés de communication écrite et orale. Je développerai aussi des connaissances et des habiletés en recherche-action. Je sais qu'il y a aussi des bénéfices probables pour la clientèle qui est susceptible de bénéficier des améliorations de la pratique et du fonctionnement de l'équipe.

Je suis consciente des inconvénients de ma participation, soit un surcroît de travail à l'occasion et, possiblement, un certain inconfort lié à un questionnement personnel sur ma façon de travailler. Je sais qu'il y a au CLSC des ressources pour m'aider si l'inconfort devient important (Programme d'aide aux employés, psychologue, supérieur immédiat et collègues de l'équipe PRINSIP). Si j'éprouve des doutes sur la qualité scientifique du projet, je peux m'adresser à Christiane Gendron, coordonnatrice de la recherche et de l'enseignement.

Je sais que mon nom ne figurera sur aucun document clinique produit dans le cadre de la recherche, que les enregistrements seront conservés sous clé au bureau de la coordonnatrice de recherche et qu'ils seront détruits deux ans après la fin du projet. Les transcriptions et les résumés qui s'y rattachent resteront la propriété exclusive de l'équipe qui décidera, à la fin du projet, des dispositions à prendre à leur sujet.

Je comprends que je peux me retirer du projet à n'importe quel moment sans aucun préjudice. Je n'ai qu'à prévenir la coordonnatrice clinique. Je deviendrai alors observateur(trice) pour cette partie des réunions cliniques pendant laquelle je n'aurai pas droit de parole; mes interventions ne seront pas discutées en équipe.

Nom en lettres moulées :

Signature :

Coordonnatrice scientifique :

Date :

Date :

ANNEXE 3 : LES GRILLES D'ANALYSE (VERSION FINALE)

DOSSIER NO.

I. GRILLE DE PRÉSENTATION DES DOSSIERS

LA TRAJECTOIRE DU DOSSIER

La découverte de la violence

Intervenants concernés :

Type de service (prise de contact, suivi collectif ou individuel) :

Moment de la grossesse :

LA VIOLENCE

La nature de la violence

Psychologique :

Physique :

Verbale :

Économique :

L'histoire de la violence actuelle

Préalable à la grossesse :

En cours de grossesse :

Effets sur la grossesse :

Expériences antérieures de violence

Violence conjugale :

Abus sexuel dans l'enfance :

Abus physique dans l'enfance :

Autres traumatismes :

Violence envers les enfants

Actuelle :

Antérieure :

Rapport de la cliente face à la violence

Tolérance :

Rejet :

Impuissance :

Autre :

Consultations antérieures en rapport avec la violence

Dans le réseau communautaire :

Dans le réseau public de services :

Consultations antérieures connues

II. GRILLE DE L'ÉVOLUTION DE L'INTERVENTION

L'INTERVENTION

Le premier contact

La réaction de la cliente

La perception que la cliente a de sa situation et de ce qu'elle désire faire

Les interventions par rapport à la cliente

Objectifs :

Moyens :

Résultats :

Déroulement de l'intervention :

Les interventions par rapport aux enfants

Objectifs :

Moyens :

Résultats :

Les interventions charnières

Autres réalisations

Gains globaux de la cliente

Perspectives d'avenir de l'intervention

Difficultés rencontrées par l'intervenant

Moments d'excellence de l'intervenant

**III. GRILLE DES PARTICULARITÉS EN RAPPORT
AVEC LA GROSSESSE**

COMPLICATIONS MÉDICALES

PRÉOCCUPATIONS DE LA MÈRE AU SUJET DE LA SÉCURITÉ DE L'ENFANT

LE BESOIN D'UN PÈRE

PRÉSENCE D'UN RÉSEAU DE SOUTIEN FORMEL ET INFORMEL

IV. OUTILS DE PROGRESSION DU SAVOIR-FAIRE

RÉACTIONS DE L'ÉQUIPE EN RAPPORT AVEC LA CLIENTE

Bilan

Impressions cliniques

Hypothèses

Questionnements

Suggestions

Prédictions

EN RAPPORT AVEC LA SITUATION DE VIOLENCE

Bilan

Impressions cliniques

Hypothèses

Questionnements

Suggestions

Prédictions

EN RAPPORT AVEC L'INTERVENTION

Bilan

Impressions cliniques

Hypothèses

Suggestions