



Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Violence conjugale lors de la période périnatale et parentalité : documenter et comprendre, pour mieux intervenir et soutenir

Chercheuse principale

Sylvie Lévesque, Université du Québec à Montréal

Cochercheuses

Marie-Ève Clément, Université du Québec en Outaouais, Mylène Fernet, Université du Québec à Montréal, Nadia Giguère, CIUSSS Centre-Sud-de l'Île-de-Montréal, Chantal Lavergne, CIUSSS-CS-MTL, Geneviève Lessard, Université Laval, Julie Poissant, Université du Québec à Montréal

Partenaires institutionnels et communautaires

Mylène Bigaouette, Fédération des maisons d'hébergement pour femmes, Rémi Bilodeau et André Tardif, À cœur d'homme, Louise Boucher, Amélie Landry et Marie-Noëlle Angers, Réseau des Centres de ressources périnatales du Québec, Monica Dunn, Table de concertation en violence conjugale de Montréal, Jasline Flores, Institut de la Statistique du Québec, Julie Laforest, Institut national de santé publique du Québec, Kathy Mathieu, Table Carrefour Violence conjugale Québec-Métro, Maëcha Nault, Maison de naissance Côte-des-Neiges, Alena Valderrama, Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine

Coordination du projet

Carole Boulebsol, UQAM et Université de Montréal

Établissement gestionnaire de la subvention

Université du Québec à Montréal

Numéro du projet de recherche

2018-VC -206468

Titre de l'Action concertée

Programme de recherche sur la violence conjugale

Partenaires de l'Action concertée

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
et le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC)

REMERCIEMENTS

Ce projet de recherche partenarial, multicentrique, interdisciplinaire et décliné en trois volets a été réalisé grâce à la précieuse collaboration de plusieurs acteurs et actrices et le soutien de différentes institutions.

Pour commencer, toute l'équipe est reconnaissante du financement accordé par le programme d'Action concertées sur la violence conjugale mis en place conjointement par le Fonds de Recherche du Québec – Société et Culture et le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Gouvernement du Québec. Les rencontres de suivi ont été l'occasion de présenter l'avancement de nos travaux et d'avoir de riches échanges avec les personnes présentes. Nous remercions l'ensemble de nos partenaires pour leur contribution aux différentes étapes de la recherche. Nous sommes convaincues que sans eux, le projet n'aurait pas rencontré un aussi grand succès. Ainsi, nous tenons à souligner le travail remarquable des différent·e·s membres du Comité d'encadrement de la recherche ainsi que des comités dédiés aux volets.

Ensuite, nous remercions toutes les personnes qui ont accepté de participer à l'un ou l'autre des volets de la recherche. Nous remercions en particulier les 17 mères et les 6 pères pour la confiance et la générosité avec lesquelles elles et ils ont partagé leurs expériences lors d'entretiens semi-dirigés. Nous remercions également les 29 intervenant·e·s et professionnel·le·s des milieux institutionnels et communautaires pour leur participation à l'un des 6 groupes de discussion focalisée organisés dans le cadre du volet 3. Par ailleurs, le recrutement a été rendu possible grâce à la collaboration de plusieurs institutions, gestionnaires et intervenant·e·s qui ont accepté d'en faire la promotion, et nous les en remercions également.

Enfin, nous remercions toutes les étudiantes et professionnel·le·s de recherche qui ont également contribué au bon déroulement du projet, que ce soit par la coordination, les recensions des écrits, la promotion, le recrutement, la collecte de données, la retranscription, l'analyse des données ou encore les différentes modalités de transferts de résultats.

Le projet repose ainsi sur l'articulation de différentes expertises, théoriques, pratiques et expérientielles, toutes mises au service d'une meilleure compréhension de la problématique de la violence conjugale en période périnatale dans le but de dégager des connaissances originales et d'orienter la mise en pratique de mesures de sensibilisation, de prévention et d'intervention. Il s'agit donc d'un travail collectif porteur à différents niveaux et nous remercions encore une fois toutes les personnes dont la participation l'a rendu possible.

Référence suggérée pour citer le rapport :

Lévesque, S., Boulebsol, C., Lessard, G., Clément, M.-È., Fernet, M., Lavergne, C., Poissant, J., Giguère, N., Laforest, J., Bigaouette, M., Flores, J., Valderrama, A., Angers, M.-N., Dunn, M., Nault, M., et Rousseau, C. (2020). *Violence conjugale en période périnatale et parentalité : documenter et comprendre, pour mieux intervenir et soutenir*. Rapport de recherche présenté au FRQSC-MSSS. Montréal, UQAM.



Nous soulignons l'implication de plusieurs personnes qui ont quitté leur poste en cours de projet mais dont la collaboration a été précieuse : Rémi Bilodeau (début du projet à octobre 2019) puis d'André Tardif (décembre 2019 à l'été 2020) du Réseau à cœur d'homme, Louise Boucher (début du projet à octobre 2018) du Réseau des centres de ressources périnatales du Québec et Kathy Mathieu de la Table Carrefour Violence conjugale Québec-Métro (début du projet au printemps 2020).

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE A- CONTEXTE DE LA RECHERCHE	1
1. Problématique	1
2. Principales questions de recherche et objectifs poursuivis.....	3
PARTIE B – PISTES DE SOLUTION EN LIEN AVEC LES RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DE NOS TRAVAUX	5
1. Significations possibles de nos conclusions et retombées immédiates et prévues de nos travaux selon les publics et les auditoires	5
2. Limites et niveau de généralisation	7
3. Message clé et pistes de solution proposées selon les publics et les autorités visées.....	8
PARTIE C – MÉTHODOLOGIE.....	10
• Volet 1 (quantitatif/parents)	10
• Volet 2 (qualitatif/parents).....	10
• Volet 3 (qualitatifs/intervenant·e-s)	11
PARTIE D – RÉSULTATS.....	12
1. Principaux résultats obtenus	12
2. Conclusions	19
3. Contribution des travaux en termes d’avancement des connaissances	20
PARTIE E – PISTES DE RECHERCHE	22
1. Nouvelles pistes et questions de recherche	22
2. Principale piste de solution	22
PARTIE F – RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE.....	23
1. Écrits sélectionnés	23
2. Productions écrites découlant du projet de recherche.....	24
ANNEXES.....	25
Annexe 1 : Bibliographie complète	26
Annexe 2 : Infographie ISQ (Volet 1)	33
Annexe 3 : Fiche synthèse 1 (Volet 2)	37
Annexe 4 : Fiche synthèse 2 (Volet 2)	47
Annexe 5 : Fiche synthèse 3 (Volet 2)	60
Annexe 6 : Portrait des participantes (Volet 1)	70
Annexe 7 : Portrait des participantes (Volet 2)	71
Annexe 8 : Portrait des participants (Volet 2)	72
Annexe 9 : Portrait des participant·e-s (Volet 3)	73

PARTIE A- CONTEXTE DE LA RECHERCHE

1. Problématique

La violence conjugale (VC) est un problème social et de santé publique préoccupant ¹. Considérée comme une violence basée sur le genre ^{2,3}, elle peut être physique, sexuelle, psychologique, verbale, économique, spirituelle, de contrôle ou de l'ordre de la cyberviolence ⁴⁻⁶. En 2006, 11% des femmes canadiennes et 10 % des femmes québécoises qui rapportaient avoir été victimes de violence physique ou sexuelle au cours des 2 dernières années ont vécu ces événements pendant leur grossesse. Dans la majorité des cas, cette violence a été perpétrée par le partenaire intime ou l'ex-partenaire intime selon l'Agence de santé publique du Canada ⁷. Cela étant, nous ne disposons jusqu'à maintenant que de peu de connaissances empiriques pour documenter la prévalence, les caractéristiques, ainsi que les différents contextes d'occurrence de la violence conjugale en période périnatale (VCP) au Québec.

La périnatalité est une période de vulnérabilité pour de nombreux parents. La grossesse, et plus particulièrement la première grossesse, est un moment de transition important qui peut être la cause de bouleversements individuels, conjugaux et familiaux ^{8,9}. Il s'agit aussi d'une période de vulnérabilité à la VC. D'ailleurs, les hommes plus enclins à recourir à la violence seraient moins susceptibles que les autres hommes de s'ajuster aux demandes accrues générées par la transition à la parentalité et feraient face à des défis plus grands pendant la grossesse et quant à la paternité ^{10,11}.

Les facteurs de risque associés à la victimisation pendant la période périnatale, c'est-à-dire entre le moment de la conception et les deux premières années qui suivent la naissance de l'enfant, sont présents à différents niveaux ¹. Au niveau individuel, les risques d'être victime de VCP augmentent lorsque la femme est plus jeune, de statut socioéconomique précaire ou dépendante financièrement de son conjoint, qu'elle n'est pas mariée, ou appartient à un groupe minoritaire et qu'elle ou le conjoint ont des enjeux de consommation d'alcool ou de drogues ¹²⁻¹⁵. Au niveau familial et social, le caractère planifié ou non, désiré ou non de la grossesse ¹⁶, la qualité du réseau de soutien, le statut social de la femme, ainsi que les représentations culturelles des rôles de genre peuvent influencer le niveau d'acceptation et de tolérance de la violence durant la grossesse ¹⁵.

Différents contextes de vulnérabilité pourraient concourir à augmenter les probabilités de vivre de la VCP d'une part, et d'autre part, à moduler son maintien au sein du couple et ses répercussions sur la famille. À titre d'exemple, d'autres recherches menées dans le domaine de la VC, sans cibler

la période périnatale, révèlent la présence de différents types de cooccurrences : VC et mauvais traitement envers les enfants, VC et toxicomanie/consommation abusive d'alcool, ou VC et troubles mentaux ¹⁷.

La VCPP génère des impacts négatifs importants sur la santé et le bien-être des femmes et des enfants ¹⁸⁻²⁰ ainsi que sur le rôle parental, tant de la mère que du père ^{4,21}. Elle peut éventuellement contribuer à augmenter les risques de maltraitance ^{22,23}. Face à la VCPP, plusieurs femmes mettent en place des stratégies pour se protéger, elles et leurs enfants ²⁴; toutefois, dans le déploiement de ces stratégies, elles peuvent rencontrer différents obstacles. Par exemple, la séparation peut contribuer à accroître leur probabilité de vivre une escalade de VC, notamment en provoquant de vives réactions chez l'auteur de VC et entraînant une escalade de la violence ^{25,26}. D'autres choisiront de ne pas aller en maison d'hébergement à cause des difficultés qu'elles perçoivent à concilier leur rôle maternel et les exigences de la vie en communauté ²⁷. Ainsi, il importe de mieux comprendre leurs besoins et les trajectoires de demande d'aide auxquelles elles sont susceptibles de recourir pour adapter les services qui pourront leur être offerts.

Les recherches sur la VCPP ou plus largement sur la VC portent encore que trop rarement sur les expériences des pères auteurs ^{28,29}. Pourtant la prise en compte de leur trajectoire et de leur point de vue pourrait d'une part contribuer à une meilleure compréhension de la problématique dans son ensemble, et d'autre part à documenter leurs parcours dans le milieu communautaire et le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Les résultats produits pourraient également proposer des pistes pour le développement d'intervention adaptées capable de renforcer la conscientisation, la responsabilisation et la mobilisation de ces derniers, à la fois en matière de violence conjugale et de parentalité ³⁰. Dans une visée de changement social, ces données pourraient alimenter les orientations gouvernementales et les interventions de manière à mettre un terme à la VCPP et à assurer la sécurité et le bien-être des enfants et des familles.

Pendant la période périnatale, les femmes (et les hommes dans une moindre mesure) sont amenées à rencontrer assez régulièrement des professionnel·le·s du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), et ce dès le début de la grossesse. Il y a ici une opportunité pour les intervenant·e·s quant à la prévention et l'intervention en matière de VCPP ³¹. Cela étant, le manque d'outils ou de protocoles pour l'identification des situations de VC, les lacunes en terme de formation sur la problématique et la méconnaissances des ressources de soutien n'encouragent pas les pratiques de prévention, d'intervention ou de référence en la matière ^{32,33}. Au Québec, l'absence d'études récentes menées auprès des milieux institutionnels et communautaires limite aussi notre réflexion sur la concertation possible entre

ceux-ci et les défis à surmonter pour intervenir efficacement auprès des enfants et de leur famille.

À partir du paradigme constructiviste³⁶ et de la mobilisation du féminisme intersectionnel³⁷, la violence envers les femmes est ici problématisée comme relevant des inégalités sociales et historiques genrées, tout en reconnaissant leur imbrication avec d'autres rapports de domination et de discrimination (racisme, capitalisme, néo-colonialisme, etc.). La théorie des parcours de vie ³⁸ est également utilisée afin de rendre compte des trajectoires en fonction des contextes dans lesquels les expériences des femmes se déploient.

2. Principales questions de recherche et objectifs poursuivis

La recherche se décline en trois volets, lesquels répondent chacun à un ensemble de questions de recherche en ciblant trois objectifs:

Volet 1	<p>Quelle est la prévalence de la VCPP dans la vie des mères québécoises d'enfants âgés entre 6 mois et 5 ans ? Quelles sont les caractéristiques associées à cette violence ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif 1: Documenter la prévalence et les caractéristiques associées à la survenue de la VCPP
Volet 2	<p>Comment la période périnatale module-t-elle les contextes et les formes de violence conjugale ? Comment la VC vécue en période périnatale affecte-t-elle la parentalité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif 2: Explorer les expériences, les besoins et les trajectoires de recherche d'aide des parents en contexte de VCPP, tant en lien avec la VCPP qu'avec la parentalité
Volet 3	<p>Quels sont les défis rencontrés et les leviers identifiés par les intervenant·e-s et les professionnel·le-s quant à la prévention, le repérage, le soutien, la concertation et le référencement en lien avec la problématique de la VCPP ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif 3: Dégager les défis et les enjeux rencontrés par les intervenant·e-s de différents secteurs de pratique ainsi que leurs points de vue sur les conditions d'efficacité des interventions destinées aux familles vivant de la VCPP

Le projet explore plusieurs des besoins transversaux identifiés dans le cadre du programme de recherche sur la VC de l'Action concertée proposée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC). Il documente différentes formes et contextes de VCPP en tenant compte du point de vue des mères victimes et des pères auteurs ainsi que des facteurs qui peuvent contribuer à leur vulnérabilité. Il produit également des connaissances à la lumière des expertises des professionnel·le·s qui travaillent auprès des familles afin de dégager des pistes favorables au renforcement de la prévention et de l'intervention en VCPP. Le projet répond en particulier à deux des trois priorités de l'axe 2 *Violence conjugale et autres problématiques parentales*. En effet, il s'intéresse spécifiquement à la période périnatale en ayant pour préoccupation de mieux comprendre les trajectoires des mères et celles des pères, alors que l'expérience des pères reste encore sous-documentée. Le projet aborde également les pratiques en matière de VCPP dans le milieu communautaire et dans le réseau de la santé et des services sociaux, sans se limiter aux ressources spécialisées en VC.

Le projet répond en complémentarité à plusieurs enjeux relevés dans le cadre du Programme national de santé publique 2015-2025 (PNSP)³⁹, et notamment à l'axe transversal relatif à la surveillance continue de l'état de santé de la population et ses déterminants ainsi qu'à l'axe d'intervention 1, relatif au développement global des enfants et des jeunes.

L'objectif principal du projet est de **bonifier les connaissances sur la VCPP et les stratégies d'interventions à déployer pour mieux soutenir les familles québécoises**. Il permet de dégager des recommandations en lien avec les obstacles et les leviers en intervention et en prévention en ce qui a trait aux soins de santé, aux services sociaux et au soutien communautaire. Il contribue à l'avancement des connaissances en lien avec :

- la définition et les contextes de la VCPP;
- la considération de la période périnatale comme un moment de vulnérabilité accrue à la VC qui affecte les trajectoires de vie des personnes concernées (mères, pères et enfants);
- l'importance de documenter et comprendre :
 - les points de vue des mères et pères sur leurs trajectoires de vie, leurs besoins et leur expérience des services;
 - les points de vue des acteurs institutionnels et communautaires impliqués afin de favoriser la sécurité et le bien-être des familles;
- la reconnaissance de la période périnatale comme une fenêtre d'opportunités pour la prévention et l'intervention en matière de VC.

PARTIE B – PISTES DE SOLUTION EN LIEN AVEC LES RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DE NOS TRAVAUX

1. Significations possibles de nos conclusions et retombées immédiates et prévues de nos travaux selon les publics et les auditoires

Ce projet de recherche partenarial est à la fois interdisciplinaire et intersectoriel. Il contribue au développement de connaissances et l’amorce de réflexions sur le renouvellement des pratiques en matière de VCPP au niveau de l’identification de sa prévalence, de ses multiples formes et des contextes de vulnérabilité associés (volet 1). Il permet une meilleure compréhension de l’expérience des femmes victimes et des hommes auteurs (volet 2). Il dresse l’état des enjeux et des leviers associés à la prévention et à l’intervention selon les perspectives partagées par des professionnel·le·s et des intervenant·e·s des milieux communautaires et institutionnels (volet 3).

Ces résultats peuvent intéresser à la fois les milieux académiques (chercheur·e·s et étudiant·e·s) et les milieux de pratique (professionnel·le·s du RSSS, intervenant·e·s communautaires, gestionnaires et décideur·e·s). L’équipe de recherche avait à cœur la diffusion des résultats de manière vulgarisée afin de contribuer à la sensibilisation d’un public plus vaste (voir les fiches synthèses en annexe). Les femmes victimes et les pères auteurs de VCPP, ou susceptibles de le devenir, pourront également bénéficier de ces résultats. Éventuellement, cela pourrait permettre de valider leurs expériences et les encourager à briser le tabou et à rechercher du soutien pour remédier à la situation. Plus largement, les résultats pourront être diffusés au grand public par l’intermédiaire de capsules d’informations, d’affiches et autres supports de communication. En ce sens, les résultats se révèlent pertinents pour les milieux de la recherche et de la pratique, mais aussi pour le développement de politiques et de pratiques organisationnelles favorables à une meilleure compréhension du phénomène et une amélioration des mesures en place pour la prévention et l’intervention.

Dans un premier temps, le projet a généré pour la première fois au Québec des données quantitatives populationnelles sur la VCPP en insérant un nouveau module dans l’enquête *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018* ⁴⁰. Ces données permettent d’estimer l’ampleur du phénomène en prenant comme assise le vécu des enfants âgés de 6 mois à 5 ans. Le chapitre spécifique sur la VCPP ⁴¹, la fiche synthèse produite par l’Institut de la Statistique du Québec (ISQ) ⁴² en collaboration avec la chercheuse principale (voir l’annexe 2), ainsi qu’un article scientifique soumis dans une revue avec comité de pairs ⁴³ permettent notamment de diffuser ces

résultats. Ces publications pourront permettre de mobiliser et d'interpeler les intervenant·e·s et professionnel·le·s qui travaillent auprès de différentes populations durant cette période et qui ne sont pas nécessairement conscient·e·s de l'importance de la VCPP. Ils pourront également encourager les décideur·e·s et les gestionnaires à orienter les politiques publiques et les programmes d'actions concertées afin de cibler les contextes de vulnérabilités les plus probants associés à la VCPP.

Dans un deuxième temps, les données qualitatives recueillies auprès de mères victimes et de pères auteurs nous informent sur la manière dont la VC se déploie particulièrement pendant cette période, en prenant en compte les impacts perçus sur la parentalité notamment. Deux articles scientifiques soumis dans des revues avec comité de pairs^{44,45} et une fiche synthèse (voir l'annexe 3) en favorisent la diffusion. Ces résultats ont également mis en lumière les différentes trajectoires d'accessibilité aux services psychosociaux pour les mères et les pères, en fonction de leurs parcours de vie, et leurs besoins spécifiques de soutien. Ils ont été diffusés par l'intermédiaire de deux fiches synthèses (voir les annexes 4 et 5). À l'avenir, il pourrait être pertinent d'intégrer les informations sur la VCPP tirées de ces résultats dans la fiche d'information sur la VC à l'intention des intervenant·e·s et professionnel·e·s de la santé en périnatalité via le Portail d'information périnatale, sous la responsabilité de l'INSPQ. Des messages-clés pourraient aussi être ajoutés dans le guide *Mieux vivre avec son enfant* (INSPQ), remis gratuitement à tous les nouveaux parents québécois lors du suivi de grossesse.

Dans un troisième temps, les besoins et les défis exprimés par les professionnel·le·s du RSSS et des milieux communautaires vont pouvoir alimenter les gestionnaires dans leurs réflexions et leurs actions au niveau organisationnel. Ils et elles seront davantage sensibilisé·e·s, entre autres, au soutien à la formation des professionnel·le·s œuvrant dans différents services et secteurs et à l'importance de favoriser la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle. Ces résultats seront diffusés, entre autres, par l'intermédiaire d'un article scientifique (en préparation). Par ailleurs, le regard informé sur les besoins organisationnels des milieux permettra éventuellement d'optimiser la réponse à la problématique de la VCPP et aux difficultés inhérentes à la parentalité dans ce contexte particulier. À partir de ces résultats, il sera éventuellement possible de soutenir le développement de formations adaptées selon les milieux ou intersectorielles afin de renforcer les connaissances générales en matière de VCPP, de soutenir l'identification des situations de VCPP et le référencement entre les professionnel·le·s et les ressources. Les résultats donnent également l'occasion de formuler des pistes de recommandations sur le renouvellement des pratiques interdisciplinaires et des concertations intersectorielles. Les retombées peuvent ainsi s'avérer

centrales pour l'amélioration de la prévention, du repérage (identification) et de l'intervention en VCPP qui ciblent les mères, les pères, mais aussi des tout-petits ainsi que pour la formation et le renforcement des compétences et des collaborations des professionnel·le·s qui les accompagnent.

Dans un quatrième temps, l'ensemble des résultats pourra alimenter les réflexions et les pratiques des partenaires de l'Action concertée qui y trouveront les bases pour le développement d'orientations et d'actions pour s'assurer que les milieux communautaires et le RSSS soient mieux outillés afin de répondre aux besoins de la population québécoise. De telles retombées s'inscrivent en concordance avec les orientations nationales émises par le gouvernement québécois dans son plus récent plan d'action en VC (Axes 1, 2 et 4) ⁴⁶. La Politique de périnatalité propose d'ailleurs de « systématiser l'examen des indices de violence conjugale et l'utilisation des outils de détection lorsque les premiers indices laissent entrevoir la présence de violence, et ce, dès le début de la grossesse, tout au long de celle-ci et en période postnatale [...] » (p.103) ⁴⁷.

Finalement, la diffusion des connaissances élaborées à partir de ce projet fait partie des retombées immédiates identifiées, notamment par le biais de trois articles soumis pour la publication dans des revues scientifiques et d'un quatrième en préparation, des rapports de recherche, de trois fiches synthèse accessibles en ligne sur le site du Centre de recherches appliquées et interdisciplinaires sur les violences intimes, familiales et structurelles (RAIV). À cela s'ajoutent sept communications à destination de publics divers, au Canada comme à l'étranger ⁴⁸⁻⁵⁴. D'autres occasions de diffusion de ces résultats sont envisagées, notamment auprès de différentes tables de concertation en VC, en parentalité ou encore en lien avec la périnatalité afin de favoriser les échanges et le renouvellement des pratiques en matière de prévention et d'intervention relative à la problématique de VCPP.

2. Limites et niveau de généralisation

Puisque chacun des volets complémentaires de la recherche repose sur une méthodologie distincte, ils n'engendrent pas les mêmes limites, ni le même niveau de généralisation. C'est pourquoi nous proposons de les présenter en fonction de chacun des volets.

Volet 1 : Deux limites principales sont associées à ce volet. La première est la possibilité de sous-déclaration des situations vécues de VCPP, notamment à cause des tabous et des préjugés qui leur sont associés, ce qui peut générer une sous-estimation du phénomène. La seconde renvoie à la nature rétrospective du devis qui permet de recueillir des données sur les expériences

de VCPP qui ont eu cours dans les 5 ans précédant l'enquête, mais qui recueille des données associées à des caractéristiques actuelles, comme la présence de symptômes liés à la dépression, le niveau de stress perçu, l'occupation d'un emploi rémunéré, etc. Cela limite l'interprétation des résultats.

Volet 2 : La participation à un entretien individuel de recherche est volontaire. Conséquemment, les pères et les mères qui ont accepté de partager leurs expériences ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble des personnes qui vivent ou ont vécu dans un contexte de VCPP. Malgré les efforts renouvelés en cours de projet pour recruter plus de père, le nombre de participants demeure très petit. De même, un biais de désirabilité sociale ainsi qu'un biais de mémoire attribuable aux cinq années de référence pourraient aussi avoir teinté leurs témoignages. Enfin, malgré notre souci d'avoir une diversité au sein de l'échantillon permettant de mobiliser un cadre d'analyse féministe intersectionnelle, la taille de l'échantillon n'est pas suffisante pour dégager une diversité de trajectoires nécessaires pour que soit mise en relation la position sociale de la mère et le vécu de VCPP.

Volet 3 : Les résultats des écrits scientifiques confirment plusieurs éléments déjà soulignés par des recherches antérieures. La méthodologie a toutefois permis de documenter le point de vue de professionnel·le·s dont les milieux et les mandats sont différents. En dépit de ces différences, ces personnes s'accordaient en termes de défis identifiés et de bonnes pratiques à privilégier en prévention, en intervention et également au niveau de l'organisation du travail. Cela étant, le fait de réunir des intervenant·e·s en groupe intersectoriel est une des forces de la démarche, considérant les défis toujours très présents quant aux occasions de concertation.

3. Message clé et pistes de solution proposées selon les publics et les autorités visées

Chercheur·e·s

Il apparaît très important de **poursuivre des travaux de recherche sur la VCPP et les variables de vulnérabilité associées, ainsi que d'approfondir les connaissances en lien avec des contextes encore peu étudiés**. Parmi eux, on peut retenir celui de la migration, des milieux ruraux souvent moins desservis ou encore des contextes de violence post-séparation. Des recherches complémentaires sont à mener sur l'intersection de la VCPP et de la parentalité, en tenant compte de toutes les formes que la VCPP revêt, ainsi que ses impacts sur l'exercice de la parentalité et sur le développement des enfants. Nous encourageons également les chercheur·e·s à continuer de mener des recherches avec des partenaires issus des milieux institutionnels et

communautaires. En effet, leurs expertises permettent d'enrichir les analyses et de s'assurer de l'application des connaissances ainsi développées pour la valorisation et l'amélioration des pratiques, la conscientisation des populations et la mobilisation des décideur·e·s et des gestionnaires.

Décideur·e·s, gestionnaires et intervenant·e·s

Comme d'autres travaux ^{34,55,56}, cette recherche démontre **l'importance de mettre en place des protocoles de repérage et d'intervention dans tous les secteurs amenés à travailler auprès de famille pendant la période périnatale, et ce dès le début de la grossesse et après la naissance de l'enfant.** Pour ce faire, l'organisation du travail doit être aménagée pour permettre aux professionne·le·s de disposer du le temps et la formation pour ces pratiques à la fois auprès des mères, des pères et des tout-petits. Afin de favoriser une intervention adéquate, la mise en place d'équipes interdisciplinaires et la collaboration intersectorielle sont à privilégier afin que les femmes, les enfants et les pères puissent être accompagnés adéquatement et à plus long terme qu'elles et ils ne semblent l'être pour le moment. Des ressources financières et humaines sont à renforcer afin d'éviter la surcharge de travail et l'épuisement des professionnel·le·s oeuvrant en périnatalité et en VC. Les professionnel·le·s devraient pouvoir avoir accès régulièrement à des formations spécialisées sur la VC en général et la VCPP en particulier afin de mieux comprendre toutes les formes de VCPP dont le contrôle et la violence psychologique ⁵⁷ et d'être mieux outillé·e·s pour interagir avec les familles concernées. De la même manière, ils et elles devraient être encouragé·e·s à contribuer à des alliances intersectorielles que ce soit par la mise en place d'ententes entre organismes ou services ou encore par la collaboration à des tables de concertation. Ce sont là quelques-uns des moyens qui apparaissent les plus efficaces afin de favoriser une analyse de la VCPP et des pratiques plus cohérentes pour la sensibilisation, le repérage et l'intervention en matière de VCPP.

PARTIE C – MÉTHODOLOGIE

Les principaux éléments méthodologiques associés à chacun des volets sont présentés dans cette section.

- **Volet 1 (quantitatif/parents)**

L'enquête *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018* est une enquête représentative provinciale ciblant les enfants de 6 mois à 17 ans qui vivent dans un ménage privé. Un questionnaire administré au téléphone de façon anonyme permet de recueillir des données sur l'enfant-cible et la figure parentale (maternelle ou paternelle) déclarante. Dans le cas spécifique de la VCPP, le chapitre additionnel dans cette édition de l'enquête, les questions ciblant cette violence ont été posées aux mères biologiques d'enfants âgés de 6 mois à 5 ans (n = 1264). Les données ont été pondérées afin de représenter cette population dans la province du Québec. (Pour plus d'information sur le plan de sondage, les outils de mesures utilisés ou le traitement des données, consulter le rapport [Méthodologie de la 4e édition de l'enquête](#)⁵⁸). (Une description des participantes est disponible à l'annexe 6).

- **Volet 2 (qualitatif/parents)**

Pour répondre aux objectifs liés au volet 2, des entretiens individuels semi-dirigés ont eu lieu avec des pères et des mères. Pour participer, les personnes devaient : 1) avoir plus de 18 ans ; 2) être le parent biologique d'un enfant avec qui il y a eu des contacts réguliers dans la dernière année ; 3) se reconnaître comme victime (mères) ou auteurs (pères) de VCPP dans les cinq dernières années.

Le recrutement a reposé sur plusieurs stratégies complémentaires : vidéo de promotion, rencontres avec des gestionnaires et des cheffes d'équipe des milieux de la santé et des services sociaux, diffusion d'affiches sur les sites web, réseaux sociaux ou dans les locaux d'organismes œuvrant en VC, auprès d'hommes ayant des comportements violents ou auprès des parents. Des intervenant·e·s étaient encouragé·e·s à parler de la recherche avec des mères et des pères qui correspondaient aux critères d'inclusion.

Au total, 17 mères et 6 pères ont été rencontrés entre mars 2018 et juillet 2019, le plus souvent dans les locaux de recherche universitaire, et dans une moindre mesure dans des lieux choisis par les participant·e·s ou via un logiciel de vidéoconférence (Zoom). (Une description des participant·e·s est disponible aux annexes 7 et 8).

Les principaux thèmes abordés étaient leur contexte relationnel, le caractère planifié ou non de la grossesse, les manifestations de la violence, les impacts

perçus de cette violence sur le bien-être, la santé et la parentalité. À la suite des entrevues, un questionnaire d'informations complémentaires, essentiellement sociodémographiques, a été rempli.

Avec l'accord des participantes, toutes les entrevues ont été retranscrites dans leur intégralité, anonymisées puis codifiées de façon verticale à l'aide du logiciel NVivo12. Un résumé et une représentation graphique de chacune des trajectoires ont également été réalisés. Le contenu des entretiens a été analysé en s'inspirant de l'analyse thématique ⁵⁹.

- **Volet 3 (qualitatifs/intervenant·e·s)**

La collecte de données pour le volet 3 repose sur l'organisation de groupes de discussion focalisée entre des professionnel·le·s et des intervenant·e·s œuvrant dans des contextes différents. Les critères d'inclusion étaient les suivants : être intervenant·e·s ou professionnel·le·s œuvrant auprès des mères ou des pères ayant un vécu en lien avec la VC ou exerçant en contexte de périnatalité, dans les deux régions administratives de Montréal et de la Capitale-Nationale.

Une vidéo de présentation du projet a été diffusée auprès des milieux visés, des affiches ont été partagées, des courriels d'invitation transmis et quelques présentations ont été faites au sein de différentes équipes de professionnel·le·s et de gestionnaires. Il était visé de rejoindre 42 intervenant·e·s. Finalement, sur les 40 personnes recrutées, 29 ont pu participer entre décembre 2019 et mars 2020 en présence ainsi que par Zoom, puis la pandémie de la covid-19 survenue à cette période a mis un terme au recrutement. (Une description des participant·e·s est disponible à l'annexe 9).

Un guide de discussion a été utilisé pour aborder plusieurs thèmes : les pratiques de repérage de la VCPP, les défis dans l'intervention, les leviers et les obstacles dans la collaboration avec d'autres professionnel·le·s ou ressources et les recommandations quant à l'amélioration des pratiques. Un formulaire d'informations complémentaires a été rempli par les intervenant·e·s.

Avec leur accord, les discussions ont été enregistrées sur support audionumérique, puis entièrement retranscrites et anonymisées. Par le biais du logiciel NVivo, les données ont ensuite été codifiées pour dégager des noyaux de sens selon une logique interprétative fine et inductive, selon un processus d'aller-retour entre les membres de l'équipe de recherche.

- **Certifications éthiques et convenances institutionnelles**

Une certification éthique universitaire (2490_e_2018), une certification éthique multicentrique (MP-DIS-1718-39) et quatre convenances institutionnelles pour les sites ciblés par les volets 2 et 3 ont été obtenues.

PARTIE D – RÉSULTATS

1. Principaux résultats obtenus

Volet 1 (quantitatif-parents)

Les résultats du premier volet nous permettent de dégager trois principaux constats. Premièrement, la VCPP n'est pas un événement hors du commun. Au Québec, il est estimé qu'environ une mère sur dix en est victime (10,9%) (voir tableau 1). Environ 1,3 %** des mères ont subi de la VC durant la grossesse uniquement, toutes formes de violence confondues. Environ 4,1 % des mères ont été victimes de VC uniquement après la naissance de l'enfant. Pour 6 % des mères, cette violence a été vécue à la fois durant la grossesse et après la naissance de l'enfant.

Tableau 1. Prévalence de violence conjugale envers la mère au cours de la période périnatale, enfants de 6 mois à 5 ans, Québec, 2018

	Pendant la grossesse uniquement	Après la naissance de l'enfant uniquement	Pendant la grossesse et après la naissance de l'enfant	Total (violence conjugale en période périnatale)
	%			
Violence physique	0,9**	1,4*	1,4*	3,7
Violence sexuelle	0,4**	0,4**	0,5**	1,2**
Violence psychologique et verbale	1,0**	3,7	4,3	9,1
Violence de contrôle	0,9**	1,8*	2,2*	5,0
Violence financière	0,1**	0,4**	0,9**	1,3*
Au moins une forme de violence	1,3**	4,1	5,5	10,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales, p. 109 ⁴⁰

Deuxièmement, certaines mères vivent plusieurs formes de VCPP simultanément. Environ 5 % des mères ont vécu une forme de violence, 3,2 %* en ont vécu deux et 2,6 %* en rapportent trois ou plus (voir tableau 2). Lorsque l'on s'attarde aux formes de violence, près d'une mère québécoise sur 10 (9 %) a été victime de violence psychologique et verbale en période périnatale, 5 % des mères ont vécu de la violence de contrôle, 3,7 %, de la violence physique, 1,2 %**, de la violence sexuelle et 1,3 %*, de la violence financière.

Tableau 2. Concomitance des formes de violence conjugale envers la mère au cours de la période périnatale, enfants de 6 mois à 5 ans, Québec, 2018

	%
Aucune forme de violence	89,1
Une forme de violence	5,1
Deux formes de violence	3,2*
Trois formes de violence ou plus	2,6*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales, p. 110 ⁴⁰.

Troisièmement, certains facteurs sont associés à une probabilité accrue d’avoir vécu de la VCPP. Les femmes âgées de moins de 25 ans au moment de leur accouchement, celles ayant une problématique de consommation de drogues ou d’alcool ou encore celles rapportant vivre des symptômes de dépression étaient plus à risque de vivre de la VCPP que celles ne rencontrant pas ces caractéristiques. Au niveau social et environnemental, le fait d’être en situation de monoparentalité, de vivre un niveau élevé de stress associé au rôle parental, de ne pas avoir bénéficié d’une éducation post-secondaire ou encore de vivre dans un quartier pour lequel l’indice de défavorisation matérielle se situe dans les quantiles défavorisés étaient associés à un risque accru de vivre de la VCPP ⁴³.

Volet 2 (qualitatif-parents)

Les résultats du deuxième volet permettent de dégager plusieurs constats, articulés autour des expériences et manifestations de VCPP et la parentalité, ainsi que les trajectoires et les expériences de services des participant·e·s. Nous présentons les 4 plus saillants pour les mères et 3 pour les pères.

Mères

Premièrement, les participantes ont rapporté que tout au long de la période périnatale, la VC avait escaladé en prenant différentes formes et en engendrant des conséquences de plus en plus importantes pour elles et leur(s) enfant(s). Presque toutes les femmes rencontrées ($n=15$) avaient vécu au moins un épisode de VC avant qu’elles ne deviennent enceinte, toutes en ont vécu pendant leur grossesse et 16 sur les 17 rencontrées en ont également vécu dans les deux années suivant la naissance de l’enfant.

Et puis, à partir de là, ça a commencé, vraiment des coups, de partout, ça pleuvait... à chaque fois qu'on avait un malentendu, il répondait par des coups... (M10)

La violence est devenue dix fois pire [...] C'était horrible. Quelqu'un venait de prendre sa place. C'était la haine, là! C'était épouvantable. (M1)

Quelques femmes ($n=4$) rapportent aussi avoir vécu de la violence psychologique, verbale ou physique pendant leur accouchement :

J'suis en train d'accoucher. J'ai des contractions et j'dois courir autour de la table avec des contractions parce qu'il essaie de m'étrangler. (M5)

Deuxièmement, cette violence est vécue dans un contexte où elles sont les principales responsables de la famille, générant ainsi une charge mentale et physique importante. En effet, leurs témoignages révèlent que, dans la majorité des cas, le père se désinvestit de sa paternité et attribue à la mère la responsabilité des soins au bébé. De plus, cette responsabilité inclut aussi l'organisation domestique:

J'étais couchée avec le bébé, je l'allaitais. « Laisse cet enfant, là, va cuisiner! L'enfant n'est pas une poupée, et tout, depuis qu'il est là, c'est comme tu t'en fous de... ». (M10).

Si je prenais ma douche, il était avec l'enfant devant la porte. Pis là, il le faisait pleurer. [...] Il restait là, puis il disait : « Ben, dépêche-toi! » [...] Je n'avais pas de break (M8).

Troisièmement, l'expérience parentale des femmes est ébranlée par celle de la VCPP. Non seulement les femmes sont quasiment seules à s'occuper de leurs enfants, mais à cela s'ajoutent aussi le stress et la détresse occasionnés par la violence et leur désir de protéger les enfants, que ce soit pendant la relation ou après la rupture. Près de la moitié des participantes ($n=7$) ont d'ailleurs évoqué explicitement un état de vigilance et d'alerte constant. Certaines mères ont évoqué que la VCPP contribuait à fragiliser le lien affectif qu'elles avaient avec leur enfant. Plusieurs ont fait part d'une forme de culpabilité ressentie à l'effet qu'elles estimaient ne pas pouvoir passer assez de temps avec leur enfant, contraintes de conjuguer plusieurs responsabilités dans ce contexte :

Quand j'étais là, je voulais être là avec elle parce que justement, j'avais l'impression que je manquais tellement parce qu'il fallait que je m'occupe de tout le reste là. (M11)

Quatrièmement, la période périnatale offre des occasions d'aborder la VC. La majorité des participantes ont eu plusieurs occasions de rencontrer des intervenant·e·s pendant la grossesse. Par exemple, presque toutes (n=15) ont eu des contacts pour leur suivi de grossesse avec des professionnel·le·s du RSSS et plus d'un tiers ont rencontré des intervenant·e·s communautaires pour aborder la VC ou recevoir du soutien socio-économique. La même proportion a été en contact avec la police à cette période. Après la naissance de l'enfant, toutes ont eu recours à des services dans des organismes communautaires (n=14) ou dans le RSSS (n=13). Elles sont plus nombreuses à avoir vécu dans des maisons d'hébergement après l'accouchement (n=9) qu'avant d'avoir donné naissance (n=3). Quelques-unes ont également eu des interactions avec des représentant·e·s de la DPJ (n=6).

Plusieurs rapportent qu'elles auraient souhaité que la VCPP soit plus directement abordée, que la continuité et l'accessibilité des services soient davantage assurées pour toutes, que ce soit pendant la relation de VC ou en situation de post-séparation. L'analyse plus approfondie des résultats relatifs aux trajectoires de services des femmes rencontrées est présentée en annexe 3 dans la fiche dédiée à cet aspect.

Pères

Premièrement, en dépit du petit nombre de pères rencontrés (n=6), trois trajectoires ont été dégagées afin de rendre compte des expériences de VCPP agie par les pères rencontrés. Certains (n=3) ont commencé à exercer de la violence et ont continué pendant la grossesse et après la naissance. Un participant en a exercé antérieurement à la période périnatale et a arrêté de le faire avant la fin de la grossesse, alors que deux autres rapportent avoir débuté les comportements violents après la naissance de l'enfant.

Tableau 3 Représentation des trajectoires de violence agie par les pères

	VC avant la grossesse (n=4)	VC pendant la grossesse (n=4)	VC après la grossesse (n=5)
Trajectoire 1 (n=3)			
Trajectoire 2 (n=1)			
Trajectoire 3 (n=2)			

Tous les pères rencontrés ont mentionné avoir exercé des comportements de violence psychologique et verbale à l'endroit de leur conjointe pendant la période périnatale par le biais d'insultes ou de remises en question relatives à la santé mentale des mères, leur apparence physique ou leurs capacités intellectuelles. Quelques-uns ont évoqué des épisodes de violence physique et un participant a reconnu avoir fait preuve de coercition sexuelle (pour en connaître davantage, se référer à la fiche *Expériences et discours-pères*⁶⁰ à l'annexe 4). Si tous se reconnaissaient comme auteurs de VCPP, ce qui était un des critères d'inclusion, le discours de plusieurs comportait par endroits des effets d'atténuation, voire de déresponsabilisation comme l'illustrent ces quelques extraits : « *J'ai juste perdu le contrôle* » (P3) ; « *[...] pis elle me rendait agressif* » (P2).

Deuxièmement, la majorité des participants rapportent apprécier le fait d'être père et plusieurs reconnaissent qu'ils doivent davantage développer leurs compétences parentales.

« C'était vraiment le meilleur cadeau, je me sentais très fier de pouvoir être papa. Et je pense que ça m'a beaucoup aidé à comprendre que je devais vraiment faire un changement dans ma vie, que je devais vraiment penser aux autres et pas juste moi. » (P4)

Toutefois, les pères qui ont exercé de la violence en période postnatale estiment avoir pu le faire en présence d'un ou plusieurs enfants, et trois répondants ont mentionné avoir fait usage de violence verbale ou physique envers ces derniers.

Troisièmement, tous les participants ont eu recours au soutien d'intervenants du milieu communautaire ou du RSSS pendant la période périnatale pour aborder la VC, leur paternité et, dans une moindre mesure, ces deux sujets combinés. Ils ont mentionné plusieurs éléments à l'origine de leur prise de conscience quant à la nécessité de recourir à des services, tels que le constat que leur violence s'intensifiait; que leur conjointe ne pouvait plus le supporter et décidait de le quitter; qu'un signalement à la DPJ avait été fait en raison des conséquences de la VCPP sur les enfants ou encore une expérience antérieure de service positive. Plusieurs ont également rapporté le décalage qu'ils ressentaient entre le père qu'ils souhaitaient être et celui qu'ils étaient au quotidien ou qu'ils risquaient de devenir s'ils continuaient d'exercer de la violence, constituant selon eux une motivation à modifier leurs comportements. Les services (individuels ou en groupe, mais le plus souvent en complémentarité) ont eu différents impacts perçus dont la conscientisation face à la VCPP, leur responsabilisation, la modification de leurs comportements et la construction d'une forme de paternité se voulant exempte de violence et

davantage compatible avec leur idéal. (Pour en connaître davantage, se référer à la fiche *Services et recommandations-pères*⁶¹ à l'annexe 5).

Volet 3 (qualitatif-intervenant·e·s)

Les résultats du troisième volet permettent de compléter le tableau dressé à partir des deux premiers volets en s'appuyant, cette fois-ci, sur les expériences et les expertises partagées par les intervenant·e·s des milieux communautaires et du RSSS qui travaillent en contexte de VC ou de périnatalité. Quatre principaux constats sont mis de l'avant.

Premièrement, la grande majorité des intervenant·e·s. s'accorde pour dire que les suivis périnataux peuvent être l'occasion de repérer ou d'intervenir en VC, mais que la plupart du temps ce n'est pas le cas, faute d'outil, de formation ou de temps. Par exemple, les questionnaires administrés aux femmes à leur arrivée et à leur départ d'un lieu d'accouchement pourraient éventuellement permettre aux femmes de se confier. Il s'agit de questionnaires généraux portant sur l'état de santé (ex : antécédents médicaux), l'âge, la qualité de la relation avec le partenaire, leur potentiel isolement, etc. Mais selon des répondant·e·s, il est très rare qu'ils mènent à un dévoilement, notamment parce qu'ils sont remplis très rapidement, qu'aucun suivi particulier ne semble effectué par la suite et que les professionnel·le·s ne sont pas toujours outillés pour approfondir certains thèmes estimés « sensibles » comme en témoigne cet extrait : « *Ça amène plusieurs infirmières, comme moi des fois, à ne pas être nécessairement à l'aise de poser en profondeur les questions sur leur relation avec leur partenaire* » (G1, P1).

Comme il n'existe pas de protocole dans la plupart des milieux, plusieurs participant·e·s ont mentionné que l'identification de la VCPP était laissée à la discrétion des professionnel·le·s. Les contextes d'intervention, leurs expériences personnelles et professionnelles vont alors influencer leur décision de procéder ou non. Aussi, il arrive que le repérage se fasse par étape et par l'intermédiaire de plusieurs professionnel·le·s. Par exemple, un médecin inscrit dans un dossier « *suspicion de VC* » et c'est ensuite à l'infirmière ou à l'intervenant·e social·e de poursuivre l'évaluation éventuellement ou de proposer une référence (G3, P4). Dans ce cas, les femmes dirigées par le personnel soignant peuvent choisir, ou non, de poursuivre un suivi psychosocial. Toutefois, ce ne sont pas toutes les femmes qui sont dirigées vers un suivi individuel qui pourront bénéficier de ce soutien en raison de la rareté des ressources et des délais pour l'accès à des services ou des interventions adaptées. Les situations ayant fait l'objet d'un signalement sont priorisées.

Deuxièmement, il n'est pas toujours évident de repérer la VCPP, que ce soit en interagissant avec les mères ou encore les enfants de moins de deux ans. En l'absence de dévoilement, il arrive que les professionnel·le·s aient de la difficulté à identifier des indices susceptibles de les mettre sur la voie d'une investigation plus approfondie. Tous les participant·e·s s'accordent sur le fait que la VCPP engendre des conséquences sur les enfants et qu'il est important de les observer pour en mesurer l'ampleur. Selon ces intervenant·e·s, vivre de la VCPP engendre beaucoup de stress, voire de la détresse, pour les mères et conséquemment pour les jeunes enfants: « *Le stress de la mère peut faire que le bébé peut le ressentir plus* » (G1, P4). Selon plusieurs, cela peut aussi avoir des impacts au niveau de l'attachement entre la mère et le bébé. Par exemple, l'un·e des participant·e·s mentionne : « *[O]n sous-estime toute la fragilité qu'on vient causer chez un enfant qui a moins de deux ans puis qui est exposé de façon récurrente à ça* » (G4, P2).

Or, les enfants âgés de 0 à 2 ans ne peuvent pas verbaliser ou nommer clairement ce qu'ils vivent à la maison : « *Surtout dans le bas âge, ces enfants-là ne s'expriment pas, mais sentent l'atmosphère, la sécurité. [...] Ce sont des petites éponges* » (G1, P3). Il est possible alors de les observer ou de consulter les personnes qui gravitent autour comme les éducatrices en milieu de garde. Les professionnel·le·s rencontré·e·s estiment conséquemment qu'il est important de se concentrer sur différents signes qui peuvent indiquer la présence de VCPP. Pour ce faire, les participant·e·s ont partagé plusieurs éléments qui indiquent la nécessité d'une évaluation plus approfondie. Parmi eux, on peut retenir les situations où les enfants présentent « des difficultés au niveau du contact visuel »; « des difficultés d'attachement »; donnent l'impression d'être « extrêmement nerveux », « réactifs » ou « tendus constamment »; [des] « situations de protection ou d'urgence »; des « coliques ou vomissements » (qui n'ont pas de raisons physiques au niveau médical), ou encore des problèmes d'alimentation; une perte de poids; un arrêt au niveau du langage.

Troisièmement, bien que toutes et tous favorisent le travail intersectoriel, les disparités de missions entre les organismes et de mandats entre les professionnel·le·s, mais aussi les différences d'analyse quant à la VC et les impacts sur la parentalité semblent constituer des freins aux collaborations entre organismes. Là où certain·e·s parleront de conflits de séparation, d'autres évoqueront de la violence; là où des intervenant·e·s essaieront de maintenir le lien du père avec les enfants alors que la VCPP a été dévoilée, d'autres estiment que c'est là une marque d'une mécompréhension de la définition d'un parent adéquat et que c'est une mise en danger de la mère et des enfants. Selon les professionnel·le·s rencontré·e·s, les disparités au niveau des analyses et des pratiques contribuent aussi à

confondre les mères et les pères sur ce qu'ils devraient, ou non, partager selon les contextes d'intervention. Par ailleurs, des intervenant·e·s de la DPJ mentionnent que des professionnel·le·s d'autres ressources ont parfois peur de les rencontrer ou de leur communiquer de l'information, qu'ils et elles gardent une réserve par méfiance. À leurs yeux, cela représente un obstacle dans la collaboration et la mise en place d'un filet d'intervention autour des familles. Des enjeux de confidentialité et de sécurité limiteraient également l'échange.

Quatrièmement, les intervenant·e·s sont confronté·e·s à des enjeux structurels dont des ressources financières insuffisantes et des ressources humaines instables, le manque de formation et le manque de participation à des lieux de supervision et de concertation. Le manque de financement contribue à de plus longs délais d'attente, notamment pour l'accès à des lieux d'hébergement sécuritaires pour les femmes et leurs enfants, mais cela a aussi un impact sur la distribution des ressources humaines au sein des équipes. La surcharge de travail et la mise à disposition de délais parfois trop courts pour des interventions compromettent aussi le repérage ou la possibilité de faire adéquatement des références. Le roulement du personnel entraîne également la perte d'une expertise, des lacunes dans le transfert des informations et des dossiers, l'appauvrissement du réseau de collaboration entre les professionnel·le·s et les organismes ou les services. Plusieurs évoquent avoir souvent le sentiment de devoir « recommencer à zéro » (G5, P1). Cela contribue aussi à l'augmentation de la charge de travail pour les intervenant·e·s. De plus, la lourdeur administrative est difficile pour les intervenant·e·s qui estiment parfois que leur temps serait mieux investi auprès des familles : « *Les tâches administratives sont de plus en plus affreuses. On est dans la performance comme ça ne se peut pas* » (G3, P2).

2. Conclusions

Les résultats obtenus lors de cette action concertée en VC démontrent, hors de tout doute, que la VCPP est une problématique sociale et de santé publique importante au Québec. Elle serait vécue par plus d'une mère sur dix, toutes formes confondues. Tant les données quantitatives que qualitatives recueillies illustrent que la VC se manifeste à toutes les étapes de la période périnatale, soit pendant la grossesse et suivant la naissance de l'enfant. Pour plusieurs femmes rencontrées, elle aurait aussi précédé la survenue de la grossesse.

La VCPP est plus susceptible de se produire dans la vie des femmes lorsque ces dernières sont jeunes, peu scolarisées, socialement isolées, avec

un revenu faible et vivant dans des milieux dont le quantile de défavorisation matérielle est plus élevé comparativement à celles qui ne partagent pas ces caractéristiques. Les problématiques de consommation d'alcool et de drogues, ainsi que les troubles de santé mentale sont également associées à la survenue de VC, à la fois pour les femmes victimes et les hommes auteurs.

La VCPP compromet l'exercice de la parentalité pour les mères, prises entre la volonté de maintenir l'idéal familial et du couple, la nécessité de se protéger elles et leurs enfants et l'ambivalence quant à la place à laisser ou non au conjoint ou ex-conjoint dans l'éducation et les soins aux enfants. La VCPP intervient également dans l'exercice de la paternité, d'une part lorsque les hommes sont violents devant ou envers les enfants et d'autre part dans la réalisation d'un modèle de paternité non-sexiste et adéquat pour assurer la sécurité physique et affective des tout-petits. Les pères auteurs de VCPP rapportent que la conscientisation et la responsabilisation quant à leurs gestes demande du temps et du soutien afin qu'ils soient en mesure d'en prendre la pleine mesure et éventuellement d'entreprendre un véritable changement.

Les professionnel·le·s des milieux communautaires et du RSSS révèlent qu'il n'est pas toujours évident de repérer la VCPP et d'intervenir ensuite pour protéger les victimes, tout en reconnaissant l'importance d'offrir aussi des services aux hommes auteurs. Ils et elles recommandent une plus grande accessibilité à des services diversifiés et complémentaires pour les mères et les enfants, mais aussi pour les pères qui ne sont pas toujours faciles à rejoindre ou à mobiliser.

Enfin, la période périnatale, au-delà de la vulnérabilité qu'elle peut entraîner chez les parents, se révèle une période où les mères, les pères et les enfants sont en contact régulier avec des services. C'est donc une période riche d'opportunités pour la prévention et l'intervention. Il est recommandé de renforcer la mise en place d'outils et de protocoles pour le repérage et l'intervention en la matière en augmentant les occasions de sensibilisation pour le grand public et de formation pour les professionne·le·s. Il est également recommandé de favoriser les collaborations interdisciplinaires et intersectorielles. Ainsi, des pratiques pourraient être initiées ou consolidées pour mieux prévenir la VCPP et intervenir tant au niveau de la VC en elle-même que de la parentalité dans ce contexte.

3. Contribution des travaux en termes d'avancement des connaissances

Les résultats issus des trois volets complémentaires de ce projet de recherche nous permettent assurément d'avoir une meilleure compréhension

de la problématique sociale et de santé publique importante qu'est la VCPP. Ils nous renseignent sur sa prévalence au Québec, la manière dont la parentalité est affectée par la VCPP pour les femmes victimes, mais aussi pour les hommes auteurs, ainsi que sur les multiples contextes de vulnérabilités qui contribuent à en moduler les formes et les conséquences.

Ils nous permettent également de comprendre et de cibler la période périnatale comme une fenêtre de vulnérabilité pour les familles, mais aussi comme une opportunité pour prévenir, repérer et intervenir en matière de VCPP, et ce, malgré les défis et les enjeux associés au développement et à la mise en œuvre de pratiques professionnelles et organisationnelles⁵⁵.

Les résultats rejoignent d'autres études en ce qui concerne notamment l'identification de la grossesse comme une période à risque d'escalade de la violence^{14,63,64} ou encore les conséquences de la VCPP sur le bien-être des femmes^{4,63,65-67}. Cela étant, la présente recherche révèle que l'accouchement est un contexte particulier lors duquel des hommes peuvent exercer de la violence psychologique, verbale ou physique à l'endroit de leur conjointe.

Bien que la portée des résultats tirés des données qualitatives soit limitée en raison particulièrement des échantillons restreints sur lesquels l'analyse se base, ils permettent de contribuer à l'avancement des connaissances en ce qui a trait à l'expérience des pères auteurs de VCPP. En effet, il en ressort que, dans la trajectoire de ces hommes, de nombreuses portes d'entrée vers des services pourraient être prises en compte pour la prévention, le repérage ou l'intervention, que ce soit lors des cours prénataux, des rencontres de suivi de grossesse ou des rencontres dans les milieux institutionnels ou communautaires suite à la naissance. Lorsque les pères réalisent la gravité de leurs gestes et commencent à se conscientiser sur les impacts de la VCPP sur leur conjointe, mais surtout sur leurs enfants, plusieurs obstacles ont été rapportés, tant par ceux qui ont été rencontrés que par les professionnel·le·s amené·e·s à interagir avec eux. Ici, on peut retenir la peur du stigma, l'influence encore forte de normes sexistes entourant la masculinité et la paternité et la peur de ne plus être en contact avec leurs enfants. Ce sont là quelques-uns des freins identifiés quant à leur mobilisation et la mise en œuvre d'action dans le but de changer leur comportement en profondeur.

PARTIE E – PISTES DE RECHERCHE

1. Nouvelles pistes et questions de recherche

La réalisation de cette recherche nous a permis de réfléchir collectivement à plusieurs angles morts et pistes de recherche qui pourraient être abordées dans des recherches futures. Deux pistes prometteuses sont ici ciblées.

Premièrement, en réponse au devis transversal utilisé pour documenter la présence de VCPP, il serait intéressant d'obtenir des données quantitatives et qualitatives longitudinales sur la VC qui incluraient notamment la période périnatale et les premières années de vie de l'enfant. Ces données favoriseraient une compréhension plus sensible du parcours de vie en regard de la violence subie et de la parentalité, en plus de pouvoir mieux documenter les conséquences perçues de la violence et leur évolution. Les professionnel·le·s du RSSS et les intervenant·e·s communautaires rencontré·e·s ont aussi mentionné leurs besoins de connaissances sur les répercussions pouvant être observées chez les très jeunes enfants, une lacune importante dans les écrits scientifiques qui les limitent dans leurs interventions.

Deuxièmement, une plus grande diversité en ce qui a trait à la composition des échantillons et des variables incluses dans les enquêtes permettrait d'identifier les positionnements sociaux et les oppressions. Ainsi, on éviterait d'amalgamer les expériences selon un modèle homogénéisé. Cela permettrait de rendre compte des vécus de femmes et d'hommes davantage marginalisés, de renseigner de manière plus fine les différentes manifestations et contextes de la VCPP et d'en tenir compte pour adapter les pratiques dans une perspective de recherche appliquée.

2. Principale piste de solution

À la lumière des résultats des trois volets de cette recherche, la sensibilisation d'un large public, dont les parents, et la formation des professionnel·le·s du RSSS et des intervenant·e·s communautaires en lien avec la VCPP nous semblent être les deux pistes complémentaires à privilégier. L'analyse des résultats de la recherche permet de réitérer la nécessité de susciter une prise de conscience à l'effet que la VCPP est une problématique sociale et de santé publique qui exige une action intégrée et intersectorielle appuyée par les décideur·e·s, les gestionnaires, les intervenant·e·s et la population en général. En d'autres mots, **il s'agit avant tout d'informer et de former sur la VCPP.**

PARTIE F – RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

Nous présentons ici quelques écrits sélectionnés, ainsi que les productions associées au présent projet de recherche (voir la bibliographie complète à l'annexe 1).

1. Écrits sélectionnés

- Baird, K., Creedy, D. K., Saito, A. S., & Eustace, J. (2018). Longitudinal evaluation of a training program to promote routine antenatal enquiry for domestic violence by midwives. *Women and Birth, 31*(5), 398-406. doi:<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.01.004>
- Buchanan, F., & Humphreys, C. (2020). Coercive Control During Pregnancy, Birthing and Postpartum: Women's Experiences and Perspectives on Health Practitioners' Responses. *Journal of Family Violence*. doi:10.1007/s10896-020-00161-5
- Daoud, N., Urquia, M. L., O'Campo, P., Heaman, M., Janssen, P. A., Smylie, J., & Thiessen, K. (2012). Prevalence of Abuse and Violence Before, During, and After Pregnancy in a National Sample of Canadian Women. *American Journal of Public Health, 102*(10), 1893-1901.
- Hill, A., Pallitto, C., McCleary-Sills, J., & Garcia-Moreno, C. (2016). A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *Int J Gynaecol Obstet, 133*(3), 269-276. doi:10.1016/j.ijgo.2015.10.023
- Howard, L. M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., & Feder, G. (2013). Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med, 10*(5), e1001452. doi:10.1371/journal.pmed.1001452
- James, L., Brody, D., & Hamilton, Z. (2013). Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. *Violence and Victims, 28*(2), 359-380.
- Saltzman, L., Johnson, C. H., Gilbert, B. C., & Goodwin, M. M. (2003). Physical abuse around the time of pregnancy: An examination of prevalence and risks factors in 16 states. *Maternal and Child Health Journal, 7*(1), 31-43.
- Taillieu, T. L., & Brownridge, D. A. (2010). Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior, 15*, 14-35.

2. Productions écrites découlant du projet de recherche

- Lévesque, S., & Julien, D. (2019). « *Violence conjugale en période périnatale* » dans *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4e édition de l'enquête*. Retrieved from Québec: <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/environnement-social/violence-familles/violence-familiale-2018.pdf>
- Lévesque, S., Medvestkaya, A., Julien, D., Clément, M.-È., & Laforest, J. (2020, soumis). Prevalence and Correlates of Intimate Partner Violence in the Perinatal Period in a representative Sample of Quebec Mothers. *Violence and Victims*.
- Lévesque, S., Boulebsol, C., Lessard, G., Bigaouette, M., Fernet, M., et Valderrama, A., (2020, Soumis), Portrayal of domestic violence trajectories during the perinatal period, *Violence Against Women*
- Lévesque, S., Rousseau, C., Lessard, G., Fernet, M., Bigaouette, M., Valderrama, A., & Boulebsol, C. (2020, soumis). Qualitative Exploration of the Influence of Domestic Violence on Motherhood in the Perinatal Period. *Journal of family violence*.
- Boulebsol, C., Lévesque, S., Rousseau, C., Lessard, G., avec la collaboration de Laforest, J., Poissant, J., & l'équipe de recherche du projet « VCPP ». (2020). *L'expérience de services et de soutien en période périnatale : point de vue des femmes victimes de violence conjugale*, Fiche synthèse, Centre de recherches appliquées et interdisciplinaires sur les violences intimes, familiales et structurelles : https://www.raiv.ulaval.ca/sites/raiv.ulaval.ca/files/publications/fichiers/Fiche_Synthese_26_FINAL_WEB.pdf
- Boulebsol, C., Lévesque, S., Lessard, G., avec la collaboration de Laforest, J., & l'équipe de recherche du projet «VCPP». (2020). *Violence conjugale en période périnatale : Expériences et discours sur la violence et la paternité d'hommes se reconnaissant comme auteurs*, Fiche synthèse, Centre de recherches appliquées et interdisciplinaires sur les violences intimes, familiales et structurelles : https://www.raiv.ulaval.ca/sites/raiv.ulaval.ca/files/publications/fichiers/Fiche_Synthese_28_FINAL_WEB.pdf
- Boulebsol, C., Lévesque, S., Lessard, G., avec la collaboration de Laforest, J., & l'équipe de recherche du projet « VCPP ». (2020). *Violence conjugale en période périnatale : Recherche d'aide, impacts et recommandations selon des hommes se reconnaissant comme auteurs*, Fiche synthèse, Centre de recherches appliquées et interdisciplinaires sur les violences intimes, familiales et structurelles : https://www.raiv.ulaval.ca/sites/raiv.ulaval.ca/files/publications/fichiers/Fiche_Synthese_29_FINAL_WEB.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Bibliographie complète

1. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2016 : Regard sur la violence familiale au Canada*. Gouvernement du Canada; 2016. p. 64 : <http://www.canadiensensante.gc.ca/publications/departement-ministere/state-public-health-family-violence-2016-etat-sante-publique-violence-familiale/alt/pdf-fra.pdf>
2. Organisation des Nations Unies. *Mettre fin à la violence à l'égard des femmes. De la parole aux actes*. Organisation des Nations Unies; 2006.
3. World Health Organization. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*. Geneva: World Health Organization 2013.
4. Buchanan F, Power C, Verity F. The Effects of Domestic Violence on the Formation of Relationships Between Women and Their Babies: "I Was Too Busy Protecting My Baby to Attach". *Journal of Family Violence* 2014; 29: 713-24.
5. Ford-Gilboe M, Wathen CN, Varcoe C, et al. Development of a brief measure of intimate partner violence experiences: the Composite Abuse Scale (Revised)-Short Form (CASR-SF). *BMJ Open* 2016; 6(12): e012824.
6. Laforest J, Maurice P, Bouchard L-M, éditeurs. *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec; 2018.
7. Agence de la santé publique du Canada. *Ce que disent les mères: l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Ottawa: Gouvernement du Canada; 2009.
8. Meleis AI. *Transitions Theory: Middle range and situations specific theories in nursing research and practice*. New-York: Springer; 2010.
9. Mercer R. Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship* 2004; 36(3): 226-32.
10. Perel G, Peled E. The fathering of violent men constriction and yearning. *Violence Against Women* 2008; 14(4): 457-82.
11. Haland K, Lundgren I, Eri TS, Liden E. The meaning of men's experiences of becoming and being fathers, in men who have subjected their partners to violence. *Fathering* 2014; 12(2): 178-95.
12. Bailey BA. Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *International Journal of Women's Health* 2010; 2: 183-97.

13. Daoud N, Urquia ML, O'Campo P, et al. Prevalence of Abuse and Violence Before, During, and After Pregnancy in a National Sample of Canadian Women. *American Journal of Public Health* 2012; 102(10): 1893-901.
14. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. *Violence and Victims* 2013; 28(2): 359-80.
15. Taillieu TL, Brownridge DA. Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior* 2010; 15: 14-35.
16. Samankasikorn W, Alhusen J, Yan G, Schminkey DL, Bullock L. Relationships of Reproductive Coercion and Intimate Partner Violence to Unintended Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2019; 48(1): 50-8.
17. Lessard G, Lavergne C, Lévesque S, et al. Cooccurrence violence conjugale, santé mentale ou consommation : mieux répondre aux besoins des familles. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2020; 39(1): 49-63.
18. Agrawal A, Ickovics J, Lewis JB, Magriples U, Kershaw TS. Postpartum Intimate Partner Violence and Health Risks Among Young Mothers in the United States: A Prospective Study. *Matern Child Health J* 2014; 18(8): 1985-92.
19. Hill A, Pallitto C, McCleary-Sills J, Garcia-Moreno C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *Int J Gynaecol Obstet* 2016; 133(3): 269-76.
20. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2013; 10(5): e1001452.
21. Lévesque S. *Maternité précoce, violence et résilience. Des jeunes mères témoignent*. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2015.
22. Grasso DJ, Henry D, Kestler J, Nieto R, Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ. Harsh Parenting As a Potential Mediator of the Association Between Intimate Partner Violence and Child Disruptive Behavior in Families With Young Children. *Journal of Interpersonal Violence* 2016; 31(11): 2102-26.
23. Holmes MR. Aggressive behavior of children exposed to IPV: An examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment. *Child Abuse & Neglect* 2013; 37(8): 520-230.

24. Lévesque S, Chamberland C. Resilience, Violence, and Early Pregnancy: A qualitative study of the processes used by young mothers to overcome adversities. *Sage Open* 2016; 1-15.
25. Decker MR, Martin SL, Moracco KE. Homicide Risk Factors Among Pregnant Women Abused by Their Partners. *Violence Against Women* 2004; 10(5): 498-513.
26. Saltzman L, Johnson CH, Gilbert BC, Goodwin MM. Physical abuse around the time of pregnancy: An examination of prevalence and risks factors in 16 states. *Maternal and Child Health Journal* 2003; 7(1): 31-43.
27. Cosgrove L, Flynn C. Marginalized Mothers: Parenting Without a Home. *Analyses of Social Issues and Public Policy* 2005; 5(1): 127-43.
28. Bourassa C, Labarre M, Turcotte P, Lessard G, Letourneau N. Violence conjugale et paternité: les défis de l'intervention sociale. *Service social* 2014; 60(1): 72-89.
29. Haland K, Lundgren I, Liden E, Eri TS. Fathers' experiences of being in change during pregnancy and early parenthood in a context of intimate partner violence. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2016; 11(30935): 1-10.
30. Peled E, Perel G. *A conceptual framework for fathering intervention with men who batter*. In: Edleson JL, Williams OJ, eds. Parenting by men who batter: New directions for assessment and intervention. New York (NY): Oxford University Press; 2007: 85-101.
31. Garcia-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet* 2015; 385: 1567-79.
32. Flores J, Lampron C, Maurice P. *Stratégies et conditions de réussite en matière d'identification précoce de la violence conjugale dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec*. Montréal: Institut National de Santé Publique du Québec; 2010. 53 p.
33. Taylor P, Zaichkin J, Pilkey D, Leconte J, Johnson BK, Peterson AC. Prenatal Screening for Substance Use and Violence: Findings from Physician Focus Groups. *Matern Child Health J* 2007; 11: 241-7.
34. Rinfret-Raynor M, Dubé M, Drouin C. Le dépistage de la violence conjugale dans les centres hospitaliers : implantation et évaluation d'un ensemble d'outils. *Nouvelles pratiques sociales* 2006; 19(1): 72-90.
35. Bernier D, Bérubé J, Hauteceur M, Pagé G. Intervenir en violence conjugale: La démarche d'une équipe interdisciplinaire en périnatalité. *Collection Études et Analyses*, 2005.

36. Creswell JW. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*: SAGE Publications; 2013.
37. Hill Collins P, Bilge S. *Intersectionality*: Polity Press; 2016.
38. Gaudet S. *Comprendre les parcours de vie: une lecture au carrefour du singulier et du social*. In: Gaudet S, Burlone N, Lévesque M, eds. *Repenser la famille et ses transitions Repenser les politiques publiques* . Québec: Les Presses de l'Université Laval; 2013: 15-51.
39. Gouvernement du Québec. *Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec*. Québec, 2015.
40. Clément M-È, Julien D, Lévesque S, Flores J. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4e édition de l'enquête*. Québec: Institut de la statistique du Québec, 2019.
41. Lévesque S, Julien D. « *Violence conjugale en période périnatale* » dans *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4e édition de l'enquête*. Québec: Institut de la statistique du Québec, 2019.
42. Institut de la statistique du Québec. *La violence conjugale en période périnatale au Québec en 2018*. Infographie. Québec: Institut de la statistique du Québec; 2019:
<https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/infographies/violence-conjugale-perinatale.pdf>
43. Lévesque S, Medvestkaya A, Julien D, Clément M-È, Laforest J. Prevalence and Correlates of Intimate Partner Violence in the Perinatal Period in a representative Sample of Quebec Mothers. *Violence and Victimes* 2020, soumis.
44. Lévesque S, Boulebsol C, Lessard G, et al., Portrayal of domestic violence trajectories during the perinatal period. *Violence Against Women* 2020, soumis.
45. Lévesque S, Rousseau C, Lessard G, et al. Qualitative Exploration of the Influence of Domestic Violence on Motherhood in the Perinatal Period. *Journal of family violence* 2020, soumis.
46. Gouvernement du Québec. *Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2018-2023*. Québec: Secrétariat à la condition féminine, 2018.
47. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. *Politique de périnatalité 2008-2018*. Québec: Gouvernement du Québec, 2008.

48. Lévesque S, Lessard G, Clément M-È, et al. *Trajectories of mothers who are victims of IPV during the perinatal period in Quebec (Canada): what are the implications for practice?* 3rd European Congress on Domestic Violence. Oslo, Norvège; 2019.
49. Lévesque S, Lessard G, Clément M-È, et al. *Being a mother of very young children in a context of intimate partner violence: issues and challenges.* 3rd European Congress on Domestic Violence; 2019; Oslo, Norvège: 1er sept. au 4 sept.; 2019.
50. Boulebsol C, Lévesque S, Lessard G, et al. *Intimate partner violence during pregnancy and early childhood: mothers' perspectives on their trajectories, needs and services received.* 24th International Summit On Violence, Abuse & Trauma Across the Lifespan; 2019 6 sept.; San Diego (Ca), USA; 2019.
51. Lévesque S, Lessard G, Fernet M, Bigaouette M, Bilodeau R, Boulebsol C. *Manifestations et dynamique de la violence conjugale en période périnatale: Ce que les mères victimes nous apprennent. Résultats préliminaires.* Colloque « Violences faites aux femmes : recherches et pratiques féministes », 87ème congrès de l'ACFAS; 2019; Gatineau (Can.); 2019.
52. Lévesque S, Lessard G, Fernet M, et al. *Trajectoire de recherche d'aide en situation de violence conjugale en période périnatale : perspectives des mères victimes et des pères auteurs.* Colloque pancanadien de Trajet-vi; 2021, confirmé; Montréal (Can.); 2021, confirmé.
53. Lévesque S, Boulebsol C, Lavergne C. *Défis et leviers de l'intervention en matière de violence conjugale en période périnatale (VCP) : une mise en dialogue entre actrices et acteurs concerné.e.s.* Colloque : Articulations théoriques, pratiques et législatives en violence conjugale et familiale; 2021, confirmé; Mont-Laurier (Can.); 2021, confirmé.
54. Lévesque S, Valderrama A. *Regards pré et per pandémie des intervenant.e.s et professionnel.le.s de la santé sur les interventions en contexte de violence conjugale en période périnatale.* Colloque Violences intimes, familiales et structurelles en temps de pandémie, 88ème congrès de l'ACFAS; 2021, soumis; Sherbrooke (Can.); 2021, soumis.
55. Laforest J, Gamache L, Poissant J. *L'intégration des activités de prévention de la violence conjugale dans les services périnataux au Québec.* Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2018.
56. Baird K, Creedy DK, Saito AS, Eustace J. Longitudinal evaluation of a training program to promote routine antenatal enquiry for domestic violence by midwives. *Women and Birth* 2018; 31(5): 398-406.

57. Buchanan F, Humphreys C. Coercive Control During Pregnancy, Birthing and Postpartum: Women's Experiences and Perspectives on Health Practitioners' Responses. *Journal of Family Violence* 2020.
58. Boucher M, Courtemanche R, Julien D. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Méthodologie de la 4e édition de l'enquête*. Québec: Institut de la statistique du Québec, 2019.
59. Braun V, Clarke V. *Thematic analysis*. APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2012: 57-71.
60. Boulebsol C, Lévesque S, Lessard G, avec la collaboration de Laforest J, l'équipe de recherche du projet «VCP»». *Violence conjugale en période périnatale : Expériences et discours sur la violence et la paternité d'hommes se reconnaissant comme auteurs* 2020. Centre de Recherches Appliquées et Interdisciplinaires sur les Violences intimes, familiales et structurelles (RAIV). Université Laval.
https://www.raiv.ulaval.ca/sites/raiv.ulaval.ca/files/publications/fichiers/Fiche_Synthese_28_FINAL_WEB.pdf
61. Boulebsol C, Lévesque S, Lessard G, avec la collaboration de Laforest J, l'équipe de recherche du projet « VCPP ». *Violence conjugale en période périnatale : Recherche d'aide, impacts et recommandations selon des hommes se reconnaissant comme auteurs*. 2020. Centre de Recherches Appliquées et Interdisciplinaires sur les Violences intimes, familiales et structurelles (RAIV). Université Laval.
https://www.raiv.ulaval.ca/sites/raiv.ulaval.ca/files/publications/fichiers/Fiche_Synthese_29_FINAL_WEB.pdf
62. Edin KE, Dahlgren L, Lalos A, Högberg U. "Keeping up a front": narratives about intimate partner violence, pregnancy, and antenatal care. *Violence Against Women* 2010; 16(2): 189-206.
63. Vatnar SKB, Bjørkly S. Does It Make Any Difference if She Is a Mother?: An Interactional Perspective on Intimate Partner Violence With a Focus on Motherhood and Pregnancy. *Journal of Interpersonal Violence* 2010; 25(1): 94-110.
64. Brownridge DA, Taillieu TL, Tyler KA, Tiwari A, Ko Ling C, Santos SC. Pregnancy and intimate partner violence: risk factors, severity, and health effects. *Violence Against Women* 2011; 17(7): 858-81.
65. Levendosky AA, Bogat GA, Huth-Bocks AC, Rosenblum K, von Eye A. The Effects of Domestic Violence on the Stability of Attachment from Infancy

to Preschool. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2011; 40(3): 398-410.

66. Katz E. Domestic Violence, Children's Agency and Mother-Child Relationships: Towards a More Advanced Model. *Children & Society* 2015; 29(1): 69-79.

Annexe 2 : Infographie ISQ (Volet 1)

La violence conjugale en période périnatale au Québec en 2018



Qu'est-ce que la violence conjugale en période périnatale ?

La violence conjugale en période périnatale est un problème social et de santé publique préoccupant qui fait référence à la violence conjugale subie par la mère durant la grossesse ou durant les deux premières années de vie de l'enfant. Cette violence peut être perpétrée par le conjoint ou un ex-conjoint de la mère. Elle serait la toute première forme d'exposition à la violence conjugale que vivrait l'enfant¹. Depuis 2007, la violence conjugale est reconnue dans la Loi sur la protection de la jeunesse comme un type de maltraitance psychologique susceptible d'affecter le développement des enfants.

Pourquoi s'en préoccuper ?

Elle a des conséquences pour la santé et le bien-être des femmes enceintes : blessures physiques, dépression, anxiété, état de stress post-traumatique, isolement social, problèmes de consommation, idées suicidaires²⁻⁴. Elle nuit également à l'expérience de la maternité^{5,6} et à l'attachement mère-enfant⁷.

Elle se produit dans une période névralgique pour le développement du fœtus et du nourrisson. Elle peut causer des dommages au placenta et augmenter la probabilité de fausse couche, d'accouchement avant terme ou de faible poids à la naissance^{2,4,8}. Elle est susceptible d'affecter les sphères cognitives, motrices et relationnelles du nourrisson et de l'enfant, répercussions qui peuvent se faire sentir jusqu'à l'âge adulte⁹.

« La violence conjugale se caractérise par une série d'actes répétitifs, qui se produisent généralement selon une courbe ascendante. [...] La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle¹. »

1. Gouvernement du Québec, Politique d'intervention en matière de violence conjugale, 1995.

Combien de mères sont victimes de violence conjugale en période périnatale au Québec ?

10,9%
DES MÈRES



5,5% en vivent pendant la grossesse et après la naissance de l'enfant

4,1% en vivent uniquement après la naissance de l'enfant

1,3%* en vivent uniquement pendant la grossesse

Quelles formes cette violence prend-elle ?



3,7%
VIOLENCE
PHYSIQUE



5,0%
VIOLENCE DE
CONTRÔLE



9,1%
VIOLENCE
PSYCHOLOGIQUE
ET VERBALE



1,3%*
VIOLENCE
FINANCIÈRE



1,2%*
VIOLENCE
SEXUELLE

5,8%
DES MÈRES VIVENT
PLUS D'UNE FORME
DE VIOLENCE





Les mères victimes de violence conjugale en période périnatale vivent dans des milieux plus précaires ou ont des conditions de vie plus difficiles que celles qui n'ont pas été victimes de cette violence...

	Mères victimes	Mères non victimes
... elles sont plus souvent jeunes (moins de 25 ans) à la naissance de l'enfant	18%*	8%
... elles sont plus souvent sans emploi	30%	18%
... elles sont plus nombreuses à ne pas avoir fait d'études postsecondaires	18%*	11%
... elles ont plus souvent un faible soutien social	22%*	10%
... elles vivent plus souvent à la tête d'une famille monoparentale	44%	6%
... elles ont plus souvent un niveau de stress élevé dans la conciliation des obligations familiales et extrafamiliales	60%	40%
... elles vivent plus souvent dans des milieux très défavorisés	25%*	14%
... elles se considèrent plus souvent comme pauvres ou très pauvres	18%*	4,8%
... elles ont plus souvent des symptômes dépressifs modérés à graves	23%*	10%

* Donnée peu précise, à interpréter avec prudence.

Source des données: LÉVESQUE, Sylvie, et Dominic JULIEN (2019). « Violence conjugale en période périnatale », dans *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4^e édition de l'enquête*. [En ligne]. Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 103-122. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/environnement-social/violence-familles/violence-familiale-2018.pdf#page=103]

À retenir...

Plus d'une mère québécoise sur 10 vit de la violence conjugale à une période charnière pour elle et le développement de son enfant.

La période périnatale constitue un moment d'intervention privilégié pour agir en amont et en aval de la violence conjugale.

Cette période est propice au dépistage de la violence conjugale et à la mise en place d'interventions ciblées.

C'est une période qui se caractérise par des rencontres répétées avec des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire (p. ex. suivis de grossesse, cours prénataux, services d'aide aux nouveaux parents, cliniques d'allaitement ou de vaccination, etc.).

Pour obtenir de l'aide :

► **SOS violence conjugale**
Région de Montréal: 514 873-9010
Ailleurs, sans frais : 1 800 363-9010
www.sosviolenceconjugale.ca

► **Ligne parents**
1 800 361-5085
www.ligneparents.com

► **Info-santé et Info-social**
811

Pour trouver une maison d'hébergement :

► **Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale**
maisons-femmes.qc.ca

► **Fédération des maisons d'hébergement pour femmes du Québec**
fede.qc.ca

Référence, intervention et suivi pour les conjoints avec des comportements violents :

► **À cœur d'homme**
Réseau d'aide aux hommes pour une société sans violence
www.aceurdhomme.com

Références

1. HOLDEN, G. W. (2003). "Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy", *Clinical Child and Family Psychology Review*, [En ligne], vol. 6, n°3, septembre, p. 151-160. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14620576] (Consulté le 23 avril 2019).
2. BAILEY, B. A. (2010). "Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management", *International Journal of Women's Health*, vol. 2, p. 183-197.
3. BROWNRIDGE, D. A., et autres (2011). "Pregnancy and Intimate Partner Violence: Risk Factors, Severity, and Health Effects", *Violence Against Women*, [En ligne], vol. 17, n° 7, juillet, p. 858-881. doi: [10.1177/1077801211412547](https://doi.org/10.1177/1077801211412547). (Consulté le 24 avril 2019).
4. TAILLIEU, T. L., et D. A. BROWNRIDGE (2010). "Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research", *Aggression and Violent Behavior*, vol. 15, n° 1, p. 14-35.
5. HOOKER, L., et autres (2016). "Intimate partner violence and the experience of early motherhood: A cross-sectional analysis of factors associated with a poor experience of motherhood", *Midwifery*, [En ligne], vol. 34, mars, p. 88-94. doi: [10.1016/j.midw.2015.12.011](https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.12.011). (Consulté le 24 avril 2019).
6. BARLOW, J., et A. UNDERDOWN (2018). "Child maltreatment during infancy: atypical parent-infant relationships", *Paediatrics and Child Health*, [En ligne], vol. 28, n° 3, p. 114-119. doi: [10.1016/j.paed.2017.11.001](https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.11.001). (Consulté le 24 avril 2019).
7. BUCHANAN, F., C. POWER et F. VERITY (2014). "The Effects of Domestic Violence on the Formation of Relationships Between Women and Their Babies: 'I Was Too Busy Protecting My Baby to Attach'", *Journal of Family Violence*, vol. 29, n° 7, octobre, p. 713-724.
8. SHAH, P. S., et J. SHAH (2010). "Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analysis", *Journal of Women's Health*, [En ligne], vol. 19, n° 11, novembre, p. 2017-2031. doi: [10.1089/jwh.2010.2051](https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2051). (Consulté le 24 avril 2019).
9. MONK, C., J. SPICER et F. A. CHAMPAGNE (2012). "Linking prenatal maternal adversity to developmental outcomes in infants: the role of epigenetic pathways", *Development and Psychopathology*, [En ligne], vol. 24, n° 4, novembre, p. 1361-1376. doi: [10.1017/S0954579412000764](https://doi.org/10.1017/S0954579412000764). (Consulté le 15 avril 2019).

Annexe 3 : Fiche synthèse 1 (Volet 2)



ÉQUIPE
VIOLENCE
CONJUGALE



Recherche Appliquée et
Interdisciplinaire sur les Violences
Intimes, Familiales et Structurelles

Fiche synthèse
RECHERCHE
Septembre 2020

26

L'EXPÉRIENCE DE SERVICES ET DE SOUTIEN EN PÉRIODE PÉRINATALE : POINT DE VUE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE

Boulebsol, C., Lévesque, S., Rousseau, C., et Lessard, G., avec la collaboration de, Laforest, J., Polssant, J., et l'équipe de recherche du projet « Violence conjugale lors de la période périnatale et parentalité : documenter et comprendre, pour mieux intervenir et soutenir »

(418) 656-3286



raiv.ulaval.ca



Au Canada comme au Québec, une femme sur dix est victime de violence conjugale en période périnatale (VCP) (Agence de santé publique du Canada, 2009; Lévesque et Julien, 2018). La VCP réfère aux différentes formes de coercition utilisées par un partenaire intime pour exercer du contrôle et de la domination sur sa conjointe, à partir du moment où cette dernière devient enceinte jusqu'aux deux ans de l'enfant. Cette victimisation a des conséquences délétères à la fois sur les femmes et sur leurs enfants (McMahon et al., 2011; Pastor-Moreno et al., 2020).

Pendant la période périnatale les femmes sont davantage susceptibles de rencontrer des professionnel-le-s de la santé et des services sociaux, qui peuvent éventuellement repérer la VCP (Garcia-Moreno et al., 2015; O'Doherty et al., 2015). Cela étant, plusieurs facteurs peuvent entraver le dévoilement de la VCP. D'un côté, les femmes peuvent l'appréhender parce qu'elles redoutent les conséquences, qu'elles ont honte, qu'elles culpabilisent, qu'elles ne s'identifient pas comme victime ou qu'elles minimisent la violence (Edin et al., 2010; Spangaro et al., 2016). À cela s'ajoutent la peur de représailles de la part du conjoint ou le fait d'être empêchée par ce dernier d'être seule lors d'un rendez-vous, ainsi que la crainte d'une intervention intrusive des services de protection de la jeunesse, du personnel médical ou de la police (Ibid.). D'un autre côté, les professionnel-le-s ne sont pas toujours outillé-e-s pour adresser la VCP, ce qui limite la mise en place d'un protocole d'intervention ou de protection (Flores et al., 2010; Taylor et al., 2007). Pourtant, bon nombre d'organisations professionnelles et institutionnelles prônent le déploiement d'interventions préventives dès la grossesse (ACOG Committee for Health Care on Underserved Women., 2012; Laforest, Gamache & Poissant, 2018; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014; U.S. Preventive Services Task Force, 2019; World Health Organization, 2013).

CETTE FICHE SYNTHÈSE :

1

présente et discute une partie des résultats d'une recherche exploratoire menée en partenariat sur la VCP;

2

illustre, du point de vue des femmes victimes, de quelles façons la VCP est abordée et répondue, ou non, par différent-e-s professionnel-le-s et permet de mieux saisir les trajectoires dans les services de soutien.

Méthodologie de recherche

Dans une perspective constructiviste (Creswell, 2013), cette recherche qualitative s'appuie sur les théories féministes intersectionnelles (Hill Collins & Bilge, 2016) et les théories des parcours de vie (Gaudet, 2014). Ces repères permettent de rendre compte de la diversité des expériences des femmes rencontrées en les inscrivant dans des trajectoires situées dans des contextes et des temporalités distinctes. Elle repose sur l'analyse thématique et matricielle d'entretiens semi-dirigés (Braun & Clarke, 2012), menés auprès de 17 femmes adultes ayant vécu de la VCPP dans les cinq dernières années et ayant un contact régulier avec leur(s) enfant(s). Les participantes ont été recrutées dans trois régions du Québec par l'intermédiaire du milieu communautaire ($n=9$) dont des maisons d'hébergement ($n=5$), mais aussi par le biais du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ($n=5$) et d'annonces en ligne ($n=3$).

Présentation des participantes

Les mères rencontrées sont âgées entre 24 et 52 ans et la majorité (82 %) a plus de 30 ans. Un peu moins de la moitié ($n=7$) est née à l'extérieur du Canada. La plupart d'entre elles ($n=14$) ont un à deux enfants et deux étaient enceintes au moment des entretiens. Les trois quart ($n=14$) sont séparées du conjoint ayant eu des comportements violents. Quinze femmes rapportent avoir vécu de la VC avant de devenir enceinte, alors que toutes déclarent avoir vécu au moins un épisode de violence pendant leur grossesse. Après la naissance, elles rapportent toutes vivre ou avoir vécu des épisodes de violence de la part de leur conjoint, à l'exception d'une participante dont l'enfant est âgé de quelques mois au moment de l'entrevue.

17 FEMMES
ayant vécu
DE LA VCPP

24 à 52 ans

3 RÉGIONS

RÉSULTATS

De la grossesse à l'accouchement : des occasions de recours aux services

La grossesse est une période où plusieurs femmes vont, parfois pour la première fois, chercher des services de soutien ou de soins de santé. De fait, un peu plus du tiers ont eu des contacts avec des organismes communautaires ($n=6$), le plus souvent en lien avec la VC, mais aussi pour obtenir du soutien socio-économique. Plusieurs rapportent avoir eu des contacts avec le RSSS ($n=15$) dans le cadre de leurs suivis de grossesse et, dans une moindre mesure, de soutien en santé mentale. Les professionnel-le-s consulté-e-s sont majoritairement des médecins, des infirmier-e-s, des intervenant-e-s communautaires, des sages-femmes et des professionnel-le-s en santé mentale ou en travail social (TS).

Des services pour soutenir les choix. L'ambivalence quant à la grossesse ou à la poursuite de la relation avec le père de l'enfant incite près de la moitié des participantes ($n=8$) à chercher du soutien social auprès du milieu communautaire et celui de la santé et des services sociaux. La situation semble plus fréquente lorsque la grossesse n'était pas planifiée. Deux des trois femmes qui ont consulté quant à la possibilité d'une interruption volontaire de grossesse n'ont pas été satisfaites des services reçus, de par des appels non retournés, une absence de suivis et un manque de services de qualité selon elles.

Des fenêtres d'intervention lorsque la VC est révélée. Les différents contacts avec des professionnel-le-s du RSSS et du milieu communautaire ont été l'occasion de dévoiler la VC pour certaines (n=6). D'autres (n=3) ne l'ont pas abordée même si la question des relations dans le couple leur a été posée. Par exemple, lors d'un suivi de grossesse au CIUSSS avec une TS, une femme se souvient d'avoir refusé de parler de la violence vécue :

« Elle essayait de tirer des informations. Je lui donnais comme ci, comme ça. Je me renfermais sur moi. Elle me parlait tout le temps : « Tu sais, si ça ne va pas, il y a toujours des solutions ! » [...] J'étais gênée, quoi ! Je ne voulais pas en parler » (M10).

Au contraire, d'autres femmes ont pu dévoiler la VCPP pendant leur grossesse et ont été référées à des organismes spécialisés en VC (n=6). Quelques-unes ont alors fait un séjour en maison d'hébergement alors qu'elles étaient enceintes, parfois accompagnée d'un premier enfant. D'autres ont été déçues et ont eu l'impression de ne pas être prise au sérieux malgré leur dévoilement :

« Quand tu te présentes au CLSC pis tu dis que tu es victime de VC, pis qu'il n'y a personne qui t'aide... Pis que tu leur dis : « Ben... Je suis enceinte. Il faut que je m'en aille. » Pis qu'on te dit : « Ben, tu n'es pas en situation assez dangereuse pour partir » (M1).

Pour cette participante, c'est après que le médecin ait constaté des blessures pendant son accouchement que ce dernier a décidé de la référer à une maison d'hébergement et d'effectuer un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Ainsi, comme pour d'autres, l'accouchement a été l'occasion de repérer la VCPP et de mettre en place un protocole de sécurité.

Par ailleurs, un tiers des femmes ont eu des contacts avec la police pendant leur grossesse, le plus souvent après un épisode de violence. Deux des femmes qui avaient entrepris de porter plainte ont finalement décidé de suspendre les démarches par peur de se voir retirer l'enfant ou de subir les représailles de leur ex-conjoint.

Les deux ans suivant l'accouchement : des occasions répétées de contacts avec des professionnel-le-s

Toutes les participantes, sauf une, identifient avoir vécu de la VC après la naissance de leur enfant et pendant les premières années qui ont suivi. La majorité d'entre elles estiment que la période postnatale se caractérise par une aggravation de la violence (n=14) et plusieurs rapportent que leur enfant a aussi été la cible de violence (n=7). Toutes les participantes ont eu recours à des services lors de cette période. Dans l'ensemble, elles ont consulté des organismes communautaires (n=14) (ex : périnatalité, soutien socio-économique, VC, prévention du suicide, aide juridique) ou le RSSS (ex : Centre intégré (universitaire) de santé et de services sociaux (CIUSSS/CISSS) et Hôpitaux) (n=13). Davantage de femmes ont vécu en maison d'hébergement après l'accouchement (n=9) qu'au moment de la grossesse (n=3). À cela s'ajoutent des interactions avec les services de la protection de la jeunesse, la police, ou encore des services d'aide juridique. Dans la majorité des cas, les mères ont rencontré des professionnel-le-s sans leur (ex)conjoint. Ainsi, les mères ont davantage eu recours aux services de soutien après la naissance de leur enfant.

Des services nombreux, mais parfois interrompus, dans le RSSS. Rapidement après l'accouchement, et ensuite tout au long de deux années suivantes, des femmes ont été en contact avec des professionnel-le-s du RSSS (p.ex. accueil psychosocial, suivi post-accouchement, programme 0-5 ans, services en santé mentale adulte et en psychiatrie). Dans deux tiers des cas, la VC n'a pas été abordée systématiquement et pour le tiers restant, cela a été l'occasion d'en parler, d'être conscientisées ou de partager leurs inquiétudes. Là encore, toutes n'ont pas été satisfaites de l'accueil reçu et de la suite proposée.

Pour les femmes rencontrées, le parcours dans le RSSS semble rarement continu. Pour plusieurs, les services ont été interrompus (p.ex. fermeture du dossier, roulement de personnel, transfert). Il n'est pas rare que les femmes aient entrepris de nouvelles démarches par la suite, parfois auprès des mêmes services, mais le plus souvent en allant vers une nouvelle ressource.

Le soutien communautaire : des expertises et du répit. Parmi les femmes qui ont séjourné en maison d'hébergement, cinq étaient toujours hébergées avec leur(s) enfant(s) au moment de l'entretien. En plus de leur apporter de la sécurité et une forme de répit, ces ressources leur permettent de mieux comprendre la VC et ses conséquences et de renforcer leurs compétences parentales. Elles peuvent aussi y trouver du soutien juridique (p. ex. dépôt d'une plainte, garde des enfants). Cela a permis à certaines de se sortir de l'isolement dans lequel elles avaient été placées. En dehors des ressources spécialisées en VC, des participantes ont reçu du soutien communautaire essentiellement en ce qui a trait à la périnatalité (p. ex. soutien à l'allaitement, renforcement des capacités parentales) et à la précarité (p. ex. faible revenu, isolement, employabilité).

Des expériences mitigées avec la DPJ. Quelques femmes ont eu des contacts avec les services de protection de la jeunesse pendant les deux premières années de leur enfant. Pour certaines, ces interventions ont été bénéfiques ($n=2$), alors que pour d'autres ($n=4$), les interactions avec la DPJ ont été difficiles, et ce, à plusieurs niveaux. En effet, les interventions de la DPJ ont permis à des mères de quitter le conjoint violent et de renforcer leurs compétences parentales. Par contre, des mères se sont senties invalidées et peu soutenues ou prises en compte dans l'analyse de leur situation. Par exemple, une femme mentionne que la DPJ l'a obligée à faire une évaluation en santé mentale pour évaluer ses compétences parentales, plutôt que la soutenir quant aux conséquences de la VC. Elle a eu le sentiment que les intervenant-e-s agissaient contre elle. Une autre mère, qui soupçonnait des comportements incestueux du père à l'égard de son enfant, a eu l'impression de ne pas être prise au sérieux ce qui a contribué à briser son lien de confiance envers la DPJ.

Les services policiers et juridiques pour se protéger et défendre ses droits. Les deux tiers des participantes ont eu des contacts avec la police pendant la période postnatale. Cela a été l'occasion pour quelques-unes d'entre elles d'être référées à des ressources en CIUSSS/CISSS, à la DPJ, à un centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) ou encore à une maison d'hébergement. Des avis mitigés quant aux services de police ont été partagés. Pour certaines, cela leur a permis de mieux connaître leurs droits, de porter plainte ou encore de bénéficier d'outils et de conseil pour se protéger. Pour d'autres, les échanges avec la police ont été décevants et parfois même démobilisants, comme le suggère cette participante :

« Moi, j'étais rendue au point : « Ben là ! Portons plainte, t'sais. » Mais [le policier] était un peu insistant : « Oui, mais je sais que c'est très prenant. Ça peut être juste dans un an. Peut-être que dans un an, ça va aller mieux, pis... T'sais, il va falloir que tu témoignes face à face. Pis, ça peut remettre de l'huile sur le feu. Pis, si tu n'as pas des preuves vraiment solides rendue là... » (M3).

Les interventions de la DPJ ont permis à des mères de quitter le conjoint violent et de renforcer leurs compétences parentales. Par contre, des mères se sont senties invalidées et peu soutenues ou prises en compte.

Ensuite, plusieurs participantes (n = 11) ont consulté des avocat-e-s ou des ressources communautaires pour des conseils juridiques. Plusieurs raisons les ont encouragées à le faire : le processus de séparation, la garde de leur enfant ou encore les dénonciations de voies de faits liées à la VC. Deux femmes ont reçu une indemnisation pour les victimes d'actes criminels (IVAC), alors qu'une autre a refusé les services d'un CAVAC, estimant que le processus était long et compliqué.

Obstacles, besoins et recommandations des femmes

Des services plus proactifs. Plus de la moitié des participantes auraient souhaité qu'un-e professionnel-le du RSSS aborde avec elles la question de la VCPP. La grande majorité estime que les équipes médicales devraient aborder le sujet de la VC avec les femmes pendant leur suivi de grossesse. Ensuite, des mères ont eu à entreprendre plusieurs démarches, parfois dans des ressources différentes ou à des moments distincts, pour obtenir un soutien adapté. Elles souhaiteraient un cheminement facilité dans les services. De même, lorsque les mères prévoient rompre avec le conjoint, leur besoin de soutien est urgent. Lorsqu'elles formulent une demande d'aide à un organisme, elles souhaitent être entendues et soutenues rapidement :

« Moi j'avais besoin que quelqu'un me réponde [...]. J'avais besoin de quelqu'un maintenant. [...] la demande d'aide que j'ai faite, je ne l'ai pas eue » (M7).

Aussi, quelques femmes ne semblaient pas connaître les services d'hébergement à long terme pouvant être offert par les maisons d'hébergement de 2^e étape pour les femmes et enfants victimes de violence conjugale et se sont retrouvées seules après leur sortie de la maison d'hébergement, sans soutien psychosocial en lien avec la VC.

Différentes craintes qui préviennent le recours à des services spécialisés. Parmi les obstacles au dévoilement rapportés, on peut identifier : devoir répéter plusieurs fois son histoire parce que les intervenant-e-s ne travaillent pas toujours en équipe, la crainte des représailles de la part du conjoint, la crainte que la DPJ ne retire les enfants, la crainte d'être jugée et la honte ressentie. De plus, des femmes minimisaient la VC vécue ou ne s'identifiaient pas comme victime, ce qui les a empêchées de dévoiler et de demander du soutien en ce sens :

« Il y a plein de choses dont j'me suis rendue compte, en fait, avec du recul. Et j'me suis dit : « [...] Comment j'ai pu en arriver à un stade aussi élevé de violence ? Sans réagir avant, en fait » (M5).

Par ailleurs, plusieurs ont rapporté que les professionnel-le-s minimisaient la dangerosité de la VC, les référant parfois à un organisme non spécialisé en VC (p. ex. : organisme en toxicomanie et itinérance).

Un besoin d'accessibilité : adapter les services aux nouvelles mères. Plusieurs auraient eu besoin d'avoir accès à des ressources spécifiques comme la possibilité de recevoir des services en VC cohérents et adaptés au fait qu'elles ont un jeune enfant. Par exemple, des mères qui sont allées en maison d'hébergement avec leur enfant de moins de deux ans auraient bénéficié, selon elles, d'un service de garde offert sur place pendant les ateliers portant

La grande majorité estime que les équipes médicales devraient aborder le sujet de la VC avec les femmes pendant leur suivi de grossesse.

sur la VC. Dans le même ordre d'idées, une autre mère s'est fait refuser l'accès aux rencontres avec son bébé lors de rencontre avec une TS du RSSS. Cela a entraîné la fin des consultations et une forte déception chez elle : « Moi de me faire dire :

« Ne viens pas avec ton enfant » quand tu as un bébé de quatre mois, c'est n'importe quoi » (M7).

Dans la même veine, les déplacements pour avoir accès aux services peuvent être un défi pour certaines mères avec un bébé et parfois d'autres enfants. L'une d'elles suggère donc d'offrir des services psychosociaux à domicile. L'accessibilité signifie également d'offrir des services qui prennent en compte la personne dans sa globalité. Le fait de vivre avec différentes problématiques simultanément crée des besoins particuliers chez certaines. Une mère identifie à cet égard le manque de formation multidisciplinaire de certain-e-s intervenant-e-s : manque de connaissances au niveau de la santé mentale, des problèmes de consommation, de la maternité, etc. Pour elle, le travail en concertation entre les intervenant-e-s et organismes est pourtant très important :

« [J]e suis une maman avec un [trouble de personnalité limite]. J'ai été victime de VC. Je vois que mes intervenantes ne sont pas équipées pour entrer en relation avec moi. [...] C'est à ce niveau-là, parce qu'il y a une nouvelle sorte de VC, mais accompagnée de santé mentale et parfois de consommation, de mélange de toute. Je pense que les intervenantes doivent travailler [...] autour d'une table pour une même cause. » (M1)

Répondre aux besoins en parentalité entraînés par les contrecoups de la VC. Même après la sortie de la relation de VC, des séquelles persistent chez les femmes, de même que chez les enfants ayant été exposés à cette violence. De plus, plusieurs mères anticipent qu'en vieillissant, leur enfant pose des questions sur l'absence de leur père ou sur les raisons ayant conduit à la séparation. Ainsi, elles ont besoin d'avoir un soutien de professionnel-le-s en ce sens. Parallèlement, une autre mère craint de voir son ex-conjoint manipuler leur enfant et le détourner d'elle. Elle a manifesté son besoin d'avoir des ressources pour y faire face de manière à protéger l'enfant.

Des stratégies de prévention adaptées à la diversité des mères. Les participantes ont différents profils ethnoculturels et un tiers d'entre-elles sont nées en dehors du Canada. Des recommandations ont été formulées pour mieux répondre à cette diversité : offrir des services plus spécifiques et plus ciblés aux populations desservies en tenant compte de leurs particularités. Pour ces femmes, les approches de prévention ou d'intervention en VC n'ont pas la même portée selon le groupe auquel ils s'adressent :

« Je crois qu'ils doivent être formés parce qu'on a une nouvelle clientèle d'immigration. [...] Il manque de la formation pour les intervenantes. Pis en santé mentale aussi ». (M1)

Une autre participante abonde en ce sens en mettant l'accent sur la déconstruction de la perception essentialiste du rôle de mère, en soutenant que les femmes ont plusieurs autres identités qui s'additionnent à la maternité. Cette vision élargie permettrait d'accentuer l'*empowerment* ressenti, en plus de valoriser le bien-être dans la relation conjugale.


Discussion

En dépit des limites associées, notamment sur les biais de mémoire et la sélection des participantes, nos résultats permettent de mettre en lumière les trajectoires de services de femmes victimes de VCPP et de proposer plusieurs recommandations. Comme d'autres études (Debonno et al., 2013; Deshpande et al., 2013), ils démontrent que la période périnatale représente à la fois une période de vulnérabilité et une fenêtre d'opportunité pour la prévention

et l'intervention. En effet, les services reçus par les participantes visent la VC, la parentalité ou des contextes de vulnérabilité associés (p. ex. : services juridiques, soutien socioéconomique, ressources périnatales). Pour répondre aux défis d'accessibilité rapportés par les femmes, il est recommandé de mettre en place des actions intersectorielles et des approches systémiques adaptées au contexte de VCPP : une offre d'hébergement sécuritaire et abordable, un accompagnement pour une intégration ou un maintien sur le marché du travail, un accès facilité à des services de garde et un soutien psychosocial qui prend en compte la VC (Aizer, 2010; Larsen, 2016).

À l'instar de plusieurs associations et institutions, la majorité des mères rencontrées estiment que la question de la VCPP devrait être intégrée dans les rencontres périnatales et que les professionnel-le-s devraient être plus proactif-ve-s dans son identification. Ainsi, un protocole interdisciplinaire de repérage pourrait être intégré dans les consultations liées à la grossesse (Shorey, Tirone, & Stuart, 2014). Par exemple, les professionnel-le-s pourraient s'enquérir auprès de la femme seule du caractère désiré et planifié de la grossesse et de la qualité de la relation conjugale. De même, des activités de prévention devraient se tenir en amont de la grossesse, puisqu'ici comme ailleurs (James et al., 2013), la majorité des femmes avaient vécu de la VC avant de devenir enceinte. Toutes, sauf une, ont continué d'en subir après la naissance. Il serait donc pertinent de cibler aussi la période de la petite enfance pour intervenir, puisqu'elle est ponctuée de rencontres régulières avec le RSSS, notamment pour la vaccination, le suivi de santé de l'enfant et éventuellement le soutien à l'allaitement (Laforest, Gamache, & Poissant, 2018). La sensibilisation et la formation des professionnel-le-s en matière de VCPP permettrait de les outiller pour mieux intervenir.

Des recherches futures menées auprès des membres du personnel soignant et des intervenant-e-s en VC et en périnatalité seraient pertinentes afin de mieux comprendre les possibles enjeux et les défis exprimés et de documenter leurs besoins.



À l'instar de plusieurs associations et institutions, la majorité des mères rencontrées estiment que la question de la VCPP devrait être intégrée dans les rencontres périnatales et que les professionnel-le-s devraient être plus proactif-ve-s dans son identification.

Références

ACOG Committee for Health Care on Underserved Women. (2012). ACOG Committee Opinion No. 518: Intimate partner violence. *Obstet Gynecol*, 119(2 Pt 1), 412-417. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318249ff74>

Agence de santé publique du Canada. (2009). *Ce que disent les mères: l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>

Aizer, A. (2010). Poverty, Violence, and Health. The Impact of Domestic Violence During Pregnancy on Newborn Health. *The Journal of Human Resources*, 46(3), 518-538.

Braun, V. & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. in H. Cooper, Camim P.M., D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf et K. J. Sher (dir.), *APA handbooks in psychology®. APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (p. 57-71). American Psychological Association.

Hill Collins, P., & Bilge, S. (2016). *Intersectionality* (Ser. Key concepts). Polity Press.

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing among Five Approaches (3rd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Deshpande, N. A., & Lewis-O'Connor, A. (2013). Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 6(3/4), 141-148.
- Debonno, C., Deshpande, N. A., & Lewis-O'Connor, A. (2013). Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 6(3/4), 141-148.
- Edin, K. E., Dahlgren, L., Lalos, A., & Högberg, U. (2010). "Keeping up a front": narratives about intimate partner violence, pregnancy, and antenatal care. *Violence against women*, 16(2), 189-206.
- Flores, J., Lampron, C., & Maurice, P. (2010). *Stratégies et conditions de réussite en matière d'identification précoce de la violence conjugale dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec*. Montréal: Institut National de Santé Publique du Québec.
- Gaudet, S. (2013). Comprendre les parcours de vie: une lecture au carrefour du singulier et du social. In S. Gaudet, N. Burlone, & M. Lévesque (Eds.), *Repenser les familles et ses transitions. Repenser les politiques publiques* (pp. 15-51). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Garcia-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliveira, A. F. L., Koziol-McLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2015). The health-systems response to violence against women. *Lancet*, 385, 1567-1579.
- James, L., Brody, D., & Hamilton, Z. (2013). Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. *Violence and Victims*, 28(2), 359-380.
- Laforest, J., Gamache, L., & Poissant, J. (2018). *L'intégration des activités de prévention de la violence conjugale dans les services périnataux au Québec*.
- Larsen M. M. (2016). *Health Inequities Related to Intimate Partner Violence Against Women. The Role of Social Policy in the United States, Germany, and Norway*. Springer International Publishing.
- Lévesque, S., & Julien, D. (2019). Violence conjugale en période périnatale. In M. E. Clément, D. Julien, S. Lévesque, & J. Flores (Eds.), *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4e édition de l'enquête* (pp. 103-122). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- McMahon, S., Huang, C.-C., Boxer, P., & Postmus, J. L. (2011). The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year post-partum. *Children and Youth Services Review*, 33, 2103-2111.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Domestic violence and abuse: how health services, social care and the organisations they work with can respond effectively*.
- O'Doherty, L. J., Taft, A., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., & Feder, G. (2014). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged cochrane systematic review and meta-analysis. *Bmj: British Medical Journal*, 348.
- Pastor-Moreno, G., Ruiz-Perez, I., Henares-Montiel, J., Escriba-Aguir, V., Higuera-Callejon, C., & Ricci-Cabello, I. (2020). Intimate partner violence and perinatal health: a systematic review. *BJOG*. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16084>
- Shorey, R. C., Tirone, V., & Stuart, G. L. (2014). Coordinated Community Response Components for Victims of Intimate Partner Violence: A Review of the Literature. *Aggress Violent Behav*, 19(4), 363-371. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.06.001>
- Spangaro, J., Koziol-McLain, J., Zwi, A., Rutherford, A., Frail, M.-A., & Ruane, J. (2016). Deciding to tell: qualitative configurational analysis of decisions to disclose experience of intimate partner violence in antenatal care. *Social Science & Medicine*, 154, 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.032>
- Statistique Canada. (2013). *Mesures de la violence faite aux femmes: tendances statistiques*. Québec: Gouvernement du Québec
- Taylor, P., Zaichkin, J., Pilkey, D., Leconte, J., Johnson, B. K., & Peterson, A. C. (2007). Prenatal Screening for Substance Use and Violence: Findings from Physician Focus Groups. *Maternal and Child Health Journal*, 11(3), 241. <https://doi.org/10.1007/s10995-006-0169-9>
- U.S. Preventive Services Task Force. (2019). Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Recommendation Statement. *American Family Physician*, 99(10), 648A-648F.
- Van Parys, A.-S., Verhamme, A., Tammerman, M., & Verstraelen, H. (2014). Intimate Partner Violence and Pregnancy: A Systematic Review of Interventions. *PloS ONE*, 9(1), 1-10.
- Wadsworth, P., Degesie, K., Kothari, C., & Moe, A. (2018). Intimate Partner Violence During the Perinatal Period. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(10), 753-759.
- World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf;jsessionid=061A924430BE5011D4D7A07206A1D141?sequence=1

Deshpande, N. A., & Lewis-O'Connor, A. (2013). Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 6(3/4), 141-148.

Debonno, C., Deshpande, N. A., & Lewis-O'Connor, A. (2013). Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 6(3/4), 141-148.

Edin, K. E., Dahlgren, L., Lalos, A., & Högberg, U. (2010). "Keeping up a front": narratives about intimate partner violence, pregnancy, and antenatal care. *Violence against women*, 16(2), 189-206.

Flores, J., Lampron, C., & Maurice, P. (2010). *Stratégies et conditions de réussite en matière d'identification précoce de la violence conjugale dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec*. Montréal: Institut National de Santé Publique du Québec.

Gaudet, S. (2013). Comprendre les parcours de vie: une lecture au carrefour du singulier et du social. In S. Gaudet, N. Burlone, & M. Lévesque (Eds.), *Repenser les familles et ses transitions. Repenser les politiques publiques* (pp. 15-51). Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Garcia-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliveira, A. F. L., Koziol-McLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2015). The health-systems response to violence against women. *Lancet*, 385, 1567-1579.

James, L., Brody, D., & Hamilton, Z. (2013). Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. *Violence and Victims*, 28(2), 359-380.

Laforest, J., Gamache, L., & Poissant, J. (2018). *L'intégration des activités de prévention de la violence conjugale dans les services périnataux au Québec*.

Larsen M. M. (2016). *Health Inequities Related to Intimate Partner Violence Against Women. The Role of Social Policy in the United States, Germany, and Norway*. Springer International Publishing.

Lévesque, S., & Julien, D. (2019). Violence conjugale en période périnatale. In M. E. Clément, D. Julien, S. Lévesque, & J. Flores (Eds.), *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4e édition de l'enquête* (pp. 103-122). Québec: Institut de la statistique du Québec.

McMahon, S., Huang, C.-C., Boxer, P., & Postmus, J. L. (2011). The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year post-partum. *Children and Youth Services Review*, 33, 2103-2111.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Domestic violence and abuse: how health services, social care and the organisations they work with can respond effectively*.

O'Doherty, L. J., Taft, A., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., & Feder, G. (2014). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged cochrane systematic review and meta-analysis. *Bmj: British Medical Journal*, 348.

Pastor-Moreno, G., Ruiz-Perez, I., Henares-Montiel, J., Escriba-Aguir, V., Higuera-Callejon, C., & Ricci-Cabello, I. (2020). Intimate partner violence and perinatal health: a systematic review. *BJOG*. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16084>

Shorey, R. C., Tirone, V., & Stuart, G. L. (2014). Coordinated Community Response Components for Victims of Intimate Partner Violence: A Review of the Literature. *Aggress Violent Behav*, 19(4), 363-371. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.06.001>

Spangaro, J., Koziol-McLain, J., Zwi, A., Rutherford, A., Frail, M.-A., & Ruane, J. (2016). Deciding to tell: qualitative configurational analysis of decisions to disclose experience of intimate partner violence in antenatal care. *Social Science & Medicine*, 154, 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.032>

Statistique Canada. (2013). *Mesures de la violence faite aux femmes: tendances statistiques*. Québec: Gouvernement du Québec

Taylor, P., Zaichkin, J., Pilkey, D., Leconte, J., Johnson, B. K., & Peterson, A. C. (2007). Prenatal Screening for Substance Use and Violence: Findings from Physician Focus Groups. *Maternal and Child Health Journal*, 11(3), 241. <https://doi.org/10.1007/s10995-006-0169-9>

U.S. Preventive Services Task Force. (2019). Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Recommendation Statement. *American Family Physician*, 99(10), 648A-648F.

Van Parys, A.-S., Verhamme, A., Tammerman, M., & Verstraelen, H. (2014). Intimate Partner Violence and Pregnancy: A Systematic Review of Interventions. *PloS ONE*, 9(1), 1-10.

Wadsworth, P., Degesie, K., Kothari, C., & Moe, A. (2018). Intimate Partner Violence During the Perinatal Period. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(10), 753-759.

World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf;jsessionid=061A924430BE5011D4D7A07206A1D141?sequence=1

1 **Chercheuse principale** : Sylvie Lévesque, UQAM

Co-chercheurs : Marie-Ève Clément, UQO; Mylène Fernet, UQAM; Julie Poissant, UQAM; Geneviève Lessard, ULaval; Nadia Giguère, CIUSSS Centre-Sud-de l'Île-de-Montréal (CIUSSS-CS-MTL); Chantal Lavergne, CIUSSS-CS-MTL

Partenaires : Jasline Flores, Institut de la Statistique du Québec (ISQ); Julie Laforest, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); Alena Valderrama, Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine (CHU-SJ); Rémi Bilodeau (du début du projet à octobre 2019) et André Tardif (de décembre 2019 à la fin du projet), À cœur d'homme; Louise Boucher (du début du projet à octobre 2018), Amélie Landry et Marie-Noëlle Angers (d'octobre 2018 à la fin du projet), Réseau des centres de ressources périnatales du Québec (RCRPQ); Kathy Mathieu, Table Carrefour Violence conjugale Québec-Métro (TCVC Québec Métro); Mylène Bigaouette, Fédération des maisons d'hébergement pour femmes; Maëcha Nault, Maison de naissance Côte des Neiges; Monica Dunn, Table de concertation en violence conjugale de Montréal (TCVCM)

Sources de financement : Cette recherche a été rendue possible grâce au soutien du Ministère de la santé et des services sociaux du gouvernement du Québec et du Fonds de recherche du Québec : Société et cultures, dans le cadre du programme « actions concertées en matière de violence conjugale ».

Certifications éthiques : Comité d'éthique de la recherche en Dépendance, Inégalités sociales, Santé publique du Centre interuniversitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Sud-de-l'Île-de-Montréal (référence : MP-DIS-1718-39), Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (référence : 2490_e_2018).

Étudiantes impliquées : coordonnatrice de recherche : Carole Boulebsol, UQAM-UdeM); auxiliaires de recherche, UQAM : Catherine Rousseau, Mélusine Dumerchat, Émilie Blanchette, Julie Tran, Claudelle Brazeau, Alexandra Toupin.

Annexe 4 : Fiche synthèse 2 (Volet 2)



Fiche synthèse
RECHERCHE 28
Octobre 2020

VIOLENCE CONJUGALE EN PÉRIODE PÉRINATALE (VCP) : EXPÉRIENCES ET DISCOURS SUR LA VIOLENCE ET LA PATERNITÉ D'HOMMES SE RECONNAISSANT COMME AUTEURS

(418) 656-3286



raiv.info@ulaval.ca



raiv.ulaval.ca



Boulebsol, C., Lévesque, S., Lessard, G., avec la collaboration de J. Laforest et de l'équipe de recherche du projet « Violence conjugale lors de la période périnatale et parentalité : documenter et comprendre, pour mieux intervenir et soutenir »

Problématique

Au Canada et au Québec, on estime qu'une femme sur dix est victime de violence conjugale en période périnatale (VCP) (Agence de la santé publique du Canada, 2009; Lévesque et Julien, 2019). Celle-ci renvoie à différentes formes de coercition exercée par un homme sur sa conjointe afin de la contrôler alors qu'elle est enceinte ou dans les 2 ans suivant la naissance de l'enfant. La VCP peut avoir de graves conséquences sur la mère comme sur l'enfant (McMahon et al., 2011; Pastor-Moreno et al., 2020) et compromet la relation que le père peut entretenir avec ce dernier (Lamb et al., 2018).

Une recherche qualitative menée par Edin et al. (2009) auprès de professionnel-le-s travaillant majoritairement avec des hommes ayant des comportements violents ou à risque de l'être rapporte que ces derniers identifient la grossesse comme un événement qui peut engendrer ou catalyser la violence au sein des couples. De la même manière, la transition à la parentalité et la période de la petite enfance engendrent une demande de soins réguliers, une prise en compte des besoins d'une tierce personne dépendante et l'aménagement du quotidien, ce qui peut contribuer à exacerber les réactions de certains pères (Edin et al. 2009; Håland et al., 2014). La transition à la parentalité serait souvent plus difficile pour les hommes auteurs de violence que pour ceux qui ne le sont pas (Edin et al. 2009). Les recherches féministes sur la violence conjugale se sont essentiellement concentrées sur les témoignages et les expériences des femmes victimes plutôt que celles des hommes auteurs (Kelly & Westmarland, 2016), mais il importe de mieux comprendre leurs expériences en lien avec leurs comportements violents, la paternité et les contextes qui s'y rapportent afin de renforcer les pratiques de prévention et d'intervention en la matière.



Cette fiche est la première d'une série de deux consacrées aux résultats d'une recherche partenariale¹ portant sur la VCPP en général, et ici, sur les expériences et témoignages d'hommes se reconnaissant comme auteurs de VCPP. Elle présente sommairement le cadre théorique et la méthodologie choisie pour se centrer ensuite sur deux grands axes: 1) les trajectoires et les formes de violence exercée; 2) la paternité et les contextes associés à la période périnatale comme des facteurs aggravants.

Cadre théorique et méthodologique

À partir d'une épistémologie constructiviste s'appuyant sur un double cadre théorique combinant la théorie des parcours de vie (Gaudet, 2014) et l'approche féministe intersectionnelle (Hill Collins & Bilge, 2016), une recherche exploratoire qualitative a été menée en collaboration avec six co-chercheurs et neuf partenaires de milieux institutionnels et communautaires.

6 ENTRETIENS
semi-dirigés
2018-2019

Six pères se reconnaissant comme auteurs de VCPP ont participé à des entretiens semi-dirigés d'une durée moyenne de 90 minutes, entre mai 2018 et juillet 2019. Les participants ont été recrutés via les groupes de soutien aux hommes qu'ils fréquentaient (n=3), des groupes communautaires (n=2) et les annonces en ligne (n=1). Pour participer, ils devaient avoir plus de 18 ans, avoir exercé de la VCPP dans les cinq dernières années et avoir eu des contacts réguliers avec leur enfants dans l'année. À partir de l'approche des calendriers de vie (Yoshihama et al., 2002), les entretiens semi-dirigés ont abordé plusieurs thèmes de manière séquentielle (avant, pendant et après la grossesse) parmi lesquels les trajectoires de violence exercée et l'expérience de parentalité. L'enregistrement audionumérique a permis la retranscription intégrale des entretiens puis leur codification via le logiciel Nvivo12. L'analyse thématique (L'Écuyer, 1987), le recours à des matrices de relations (Miles & Huberman, 2003), la rédaction de résumés et la représentation graphique des trajectoires ont soutenu une analyse approfondie à la fois horizontale et verticale, capable de dégager des pistes interprétatives à partir des ressemblances et des divergences repérées dans les récits (*ibid.*).

Présentation des participants

Au moment des entretiens, quatre participants avaient un enfant, un participant en avait deux et le dernier en avait quatre. Quatre participants étaient séparés de la conjointe avec laquelle ils avaient été violents. L'un d'eux était en processus pour obtenir la garde de son enfant, deux autres bénéficiaient d'une garde partagée, alors qu'un autre n'avait pas la garde, mais communiquait régulièrement avec son enfant. Au moment des entretiens, tous les pères recevaient du soutien en lien avec leur comportement de violence. Le tableau présenté ci-dessous illustre l'ensemble des caractéristiques des participants.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET FAMILIALES DES PÈRES (n=6)

ÂGE	n	OCCUPATIONS	n
18 à 25 ans	0	Travail	5
26 à 35 ans	1	Études	0
36 à 45 ans	3	À la maison	0
46 ans et plus	2	Recherche d'emploi	1

La **PREMIÈRE TRAJECTOIRE** est celle des répondants **ayant eu des comportements violents avant, pendant et après la grossesse** (n=3). Tous s'accordent sur le fait que la violence s'est aggravée au fil du temps. Pour certains, la période périnatale s'est caractérisée par des épisodes de VC de plus en plus rapprochés : « *on s'chicanait de plus en plus souvent... le ton montait, pis c'était rendu de plus en plus fréquent pour des trucs de plus en plus ridicules* » (P5). Un homme rapporte par exemple que la violence sexuelle, psychologique et verbale s'est accentuée durant le troisième trimestre de grossesse et qu'il a par ailleurs utilisé pour la première fois de la violence physique à l'égard de sa partenaire à ce moment-là. Un autre estime que dès la grossesse, sa violence s'est exacerbée et qu'il éprouvait de plus en plus de colère envers sa conjointe. Lors de l'entretien, il a confié : « *Je devenais encore plus violent. [...] J'aurais pu la tuer* » (P2). Les deux participants qui n'étaient plus avec la conjointe victime au moment des entretiens estimaient que la violence s'était arrêtée avec la rupture. Le troisième, qui était toujours avec sa conjointe, a rapporté avoir encore des comportements de violence au moment où il a été rencontré.

La **DEUXIÈME TRAJECTOIRE** est celle d'un répondant qui se distingue des autres puisqu'il est **le seul à avoir arrêté ses comportements de VC avant l'accouchement**. Il reconnaît avoir exercé de la violence psychologique et verbale envers sa conjointe sous différentes formes parmi lesquelles « [...] *frapper sur des objets, claquer des portes, pointer du doigt, avoir un regard menaçant...* » (P5). Au moment de l'entretien, son enfant a moins de six mois. Depuis le troisième trimestre de grossesse de sa conjointe, il fréquente des ressources pour hommes ayant des comportements violents ainsi qu'un psychologue de manière complémentaire, ce qui aurait contribué, selon lui, à mettre un terme à violence perpétrée auprès de sa conjointe.

La **TROISIÈME TRAJECTOIRE** (n=2) est différente dans la mesure où, selon ces pères, **la violence débute après la naissance de l'enfant**. Pour l'un d'eux, il s'agit de trois épisodes distincts de violence, surtout physique mais aussi verbale : « *Je l'ai frappé sur les côtés de la joue comme Bang ! Bang ! Bang ! [...] Elle avait des marques rouges. Oui. Elle avait des marques* » (P1). Selon lui, il est devenu violent surtout en réaction aux changements de comportements de sa conjointe, qu'il identifiait comme « relevant des hormones » : « *je trouvais épuisant les sautes d'humeur de madame. J'essayais toujours de garder mon calme, mais c'était difficile. Je trouvais ça difficile* » (P1). Pour l'autre, la violence s'est progressivement transformée. Il observe une escalade de la violence sur une période assez longue et au-delà de la séparation du couple. À la violence financière, verbale et psychologique se sont ajoutés le contrôle et la cyber-violence : « (...) *après le mouchard sur son cellulaire, j'ai gardé pendant des mois-là. J'ai enregistré toutes les conversations ou les textos qu'elle envoyait. Les conversations Messenger, j'avais accès à tous ses comptes de banque, à ses machins* » (P6). Dans ces deux situations, le couple était séparé et selon leurs témoignages, les participants ne faisaient plus preuve de violence au moment de la collecte de données.

1.2. Différentes formes de VCCP abordées par les auteurs : entre reconnaissance et atténuation de la gravité des actes et de la responsabilité des pères

Les participants ont tous rapporté avoir exercé de la violence psychologique et verbale pendant la période périnatale. Les insultes les plus souvent mentionnées concernaient la santé mentale des mères (« *Je lui ai dit : « Ferme ta gueule ! Va te faire soigner ! T'es une crisse de folle ! »* » (P1)), leur apparence (« *Je me souviens que je lui ai dit qu'elle s'habillait comme une pute* » (P3), ou encore leur intelligence (« *je la traitais de noms... [...] : « T'es une conne, t'es idiot, on voit bien que t'as pas le Q.I.* » (P4). Quelques-uns ont fait usage de violence physique envers leur conjointe (la secouer, la gifler, la mordre, la frapper) et ont également rapporté avoir tapé contre des murs ou sur des tables pour leur faire peur. Un seul participant rapporte avoir exercé de la violence sexuelle, et un autre de la cyber-violence et de la violence financière.

Ici, il est pertinent de rappeler que ces résultats découlent de l'interprétation de la situation par les pères. L'un d'eux a mentionné par exemple que son ex-conjointe estimait que la VC avait commencé avant la naissance de leur enfant,

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET FAMILIALES DES PÈRES (n=6)

ORIENTATION SEXUELLE	n
Hétérosexuelle	5
LGBTQ+	1

LIEU DE NAISSANCE	n
Canada	4
Autre	2

NIVEAU D'ÉDUCATION COMPLÈTE	n
Primaire/secondaire	1
Cégep	2
Université	3

RELATION AVEC LA CONJOINTE VICTIME DE VCPP	n
Rupture	4
En couple	2

NOMBRE D'ENFANTS	n
Un	4
Deux	1
Trois	0
Quatre	1
Cinq	0

GARDE DES ENFANTS	n
Garde partagée	2
Garde exclusive	0
N'a pas la garde	1
En cours d'obtention de la garde exclusive	1
Habite avec la mère de l'enfant	2

RÉSULTATS

Les témoignages permettent de dégager deux ensembles de résultats. D'abord, trois trajectoires types de violence exercée ont été identifiées en s'appuyant sur les différentes formes de violence rapportées par les participants pendant la période périnatale. Ensuite, les conditions de la réalisation de la paternité et les représentations entourant la parentalité de la conjointe victime de VCPP ainsi que les contextes particuliers qui se rapportent à cette période sont également présentés.

1. La VCPP à la lumière des expériences et discours des pères-auteurs

1.1. Description de trois trajectoires types

TRAJECTOIRE	VC AVANT LA GROSSESSE (N=4)	VC PENDANT LA GROSSESSE (N=4)	VC APRÈS LA GROSSESSE (N=5)
1 (n=3)			
2 (n=1)			
3 (n=2)			

La **PREMIÈRE TRAJECTOIRE** est celle des répondants **ayant eu des comportements violents avant, pendant et après la grossesse** (n=3). Tous s'accordent sur le fait que la violence s'est aggravée au fil du temps. Pour certains, la période périnatale s'est caractérisée par des épisodes de VC de plus en plus rapprochés : « *on s'chicanait de plus en plus souvent... le ton montait, pis c'était rendu de plus en plus fréquent pour des trucs de plus en plus ridicules* » (P5). Un homme rapporte par exemple que la violence sexuelle, psychologique et verbale s'est accentuée durant le troisième trimestre de grossesse et qu'il a par ailleurs utilisé pour la première fois de la violence physique à l'égard de sa partenaire à ce moment-là. Un autre estime que dès la grossesse, sa violence s'est exacerbée et qu'il éprouvait de plus en plus de colère envers sa conjointe. Lors de l'entretien, il a confié : « *Je devenais encore plus violent. [...] J'aurais pu la tuer* » (P2). Les deux participants qui n'étaient plus avec la conjointe victime au moment des entretiens estimaient que la violence s'était arrêtée avec la rupture. Le troisième, qui était toujours avec sa conjointe, a rapporté avoir encore des comportements de violence au moment où il a été rencontré.

La **DEUXIÈME TRAJECTOIRE** est celle d'un répondant qui se distingue des autres puisqu'il est **le seul à avoir arrêté ses comportements de VC avant l'accouchement**. Il reconnaît avoir exercé de la violence psychologique et verbale envers sa conjointe sous différentes formes parmi lesquelles « [...] *frapper sur des objets, claquer des portes, pointer du doigt, avoir un regard menaçant...* » (P5). Au moment de l'entretien, son enfant a moins de six mois. Depuis le troisième trimestre de grossesse de sa conjointe, il fréquente des ressources pour hommes ayant des comportements violents ainsi qu'un psychologue de manière complémentaire, ce qui aurait contribué, selon lui, à mettre un terme à violence perpétrée auprès de sa conjointe.


La **TROISIÈME TRAJECTOIRE** (n=2) est différente dans la mesure où, selon ces pères, **la violence débute après la naissance de l'enfant**. Pour l'un d'eux, il s'agit de trois épisodes distincts de violence, surtout physique mais aussi verbale : « *Je l'ai frappé sur les côtés de la joue comme Bang ! Bang ! Bang ! [...] Elle avait des marques rouges. Oui. Elle avait des marques* » (P1). Selon lui, il est devenu violent surtout en réaction aux changements de comportements de sa conjointe, qu'il identifiait comme « relevant des hormones » : « *je trouvais épuisant les sautes d'humeur de madame. J'essayais toujours de garder mon calme, mais c'était difficile. Je trouvais ça difficile* » (P1). Pour l'autre, la violence s'est progressivement transformée. Il observe une escalade de la violence sur une période assez longue et au-delà de la séparation du couple. À la violence financière, verbale et psychologique se sont ajoutés le contrôle et la cyber-violence : « (...) *après le moucharid sur son cellulaire, j'ai gardé pendant des mois-là. J'ai enregistré toutes les conversations ou les textos qu'elle envoyait. Les conversations Messenger, j'avais accès à tous ses comptes de banque, à ses machins* » (P6). Dans ces deux situations, le couple était séparé et selon leurs témoignages, les participants ne faisaient plus preuve de violence au moment de la collecte de données.

1.2. Différentes formes de VCCP abordées par les auteurs : entre reconnaissance et atténuation de la gravité des actes et de la responsabilité des pères

Les participants ont tous rapporté avoir exercé de la violence psychologique et verbale pendant la période périnatale. Les insultes les plus souvent mentionnées concernaient la santé mentale des mères (« *Je lui ai dit : « Ferme ta gueule ! Va te faire soigner ! T'es une crisse de folle ! »* » (P1)), leur apparence (« *Je me souviens que je lui ai dit qu'elle s'habillait comme une pute* » (P3), ou encore leur intelligence (« *je la traitais de noms... [...] : « T'es une conne, t'es idiot, on voit bien que t'as pas le Q.I. »* » (P4). Quelques-uns ont fait usage de violence physique envers leur conjointe (la secouer, la gifler, la mordre, la frapper) et ont également rapporté avoir tapé contre des murs ou sur des tables pour leur faire peur. Un seul participant rapporte avoir exercé de la violence sexuelle, et un autre de la cyber-violence et de la violence financière.

Ici, il est pertinent de rappeler que ces résultats découlent de l'interprétation de la situation par les pères. L'un d'eux a mentionné par exemple que son ex-conjointe estimait que la VC avait commencé avant la naissance de leur enfant,

mais que lui ne partageait pas la même opinion. Un autre a partagé qu'il lui avait fallu du temps pour comprendre qu'en imposant des rapports sexuels quotidiens non consentis, il faisait preuve de coercition sexuelle. Aussi, si tous les participants se reconnaissent comme auteurs de VCPP, puisque c'était là un des critères d'inclusion pour participer à la recherche, nous remarquons que leur discours comprend parfois des effets d'atténuation de leur responsabilité ou de banalisation de la VCPP. À titre d'exemple, alors qu'un homme venait d'expliquer qu'il avait insulté et giflé sa conjointe à quelques reprises, il remarque également : « Ça n'a pas été des épisodes de violence si terribles que ça, là. Je ne sais pas si vous espérez que... je l'ai frappé à coup de poing. [...] Ça n'a pas été si terrible que ça, là ! Mais je l'ai quand même giflé assez sérieusement » (P1). D'autres vont aborder leur comportement en ces termes : « [...] J'ai juste perdu le contrôle » (P3); « J'avais un très mauvais contrôle sur moi-même » (P5); « J'étais un petit peu agressif » (P2).



Nous remarquons que leur discours comprend parfois des effets d'atténuation de leur responsabilité ou de banalisation de la VCPP.

La moitié des participants évoque des épisodes ponctuels de VCPP et l'autre a reconnu une sorte de « pattern » pour reprendre les mots de l'un d'entre eux. Certains participants semblaient relativiser leurs comportements dans la mesure où, toujours selon eux, ils n'avaient pas fait preuve de violence physique. Cette ambivalence entre la reconnaissance et l'atténuation se révèle aussi dans la manière dont la violence semble parfois justifiée. À plusieurs reprises, des pères ont mentionné avoir agi en réaction à un manquement ou un comportement de la conjointe. Par exemple, un homme explique : « elle était toute inquiète, tout ça, pis elle me rendait agressif » (P2). Un autre participant explique ses crises comme des signes de jalousie provoqués par les discussions de sa conjointe avec le voisin : [...] encore une fois j'essayais de la contrôler. Je lui disais « Non, tu dois te protéger. Et si un homme veut te toucher, toi il faut que tu lui dises non, non » (P3). Un autre estime que sa conjointe était elle-même violente avec lui et qu'elle le poussait à bout :

« Elle m'a craché au visage toute la journée et en m'insultant, et tout ça. J'ai essayé de la raisonner et à la fin de la journée, j'ai perdu patience et je l'ai prise comme ça et je l'ai secoué et là, elle a été saisie parce qu'elle ne m'avait jamais vu violent avec elle » (P1).

Un participant, au contraire, reconnaissait que rien ne justifiait ses comportements : « j'ai jamais réellement été provoqué » (P5).

2. La période périnatale : contextes aggravants et parentalité

2.1. La périnatalité : une période déstabilisante

Pendant la grossesse, les répondants des trajectoires 1 et 2 (n=4) rapportent tous avoir eu des comportements violents (contrôle, violence physique, verbale, psychologique et, dans une situation, violence sexuelle). Ils ont aussi pour point commun d'en avoir exercé avant que leur conjointe devienne enceinte, comme en témoigne ce participant : « Les premières fois que j'ai tapé dans un mur, c'était avant les enfants » (P4).

Quelques pères rapportent avoir été déstabilisés par les changements inhérents à cette période : le changement du corps de leur conjointe, la perte d'énergie et de disponibilité de leur conjointe, l'anticipation de l'avenir, la réalisation que la conjointe avait un contact avec le fœtus dont ils étaient privés, l'exacerbation de la volonté de la contrôler et d'avoir une forme de pouvoir sur l'enfant à naître. Dans ces situations, la grossesse semble marquer un tournant dans la dynamique de VC. Un répondant a remarqué un changement radical dans le rapport à sa conjointe : « Après, quand

elle est tombée enceinte...moi je pense que quelque chose dans mon cerveau a fait un switch. [...] c'est ça je pensais que vraiment [qu']elle...elle était à moi. [...], je suis devenu plus une personne qui voulait la contrôler » (P3). Un autre identifie avoir vécu beaucoup de pression et avoir choisi de se « décharger » en étant violent avec sa conjointe alors qu'elle était enceinte :

« Je ressentais beaucoup de pression, [...] j'étais très impatient. J'étais très fatigué... j'étais très impulsif, très irréfléchi... Tout ça a fait en sorte que j'en suis arrivé à ma blonde. C'était devenu un peu mon punching bag finalement [...]. Quand j'arrivais à la maison, je décantais de ma journée, pis je chialais, pis elle prenait la tasse » (P5).

Si dans quatre situations, la grossesse était planifiée et désirée, pour deux participants, elle n'était ni planifiée ni désirée. Pour l'un d'eux, alors qu'il y avait déjà eu des épisodes de VC, c'est l'annonce de la grossesse non planifiée qui marque l'intensification de la violence verbale, psychologique et physique. Ce dernier mentionne par exemple avoir asséner des coups dans le ventre de sa partenaire. Au contraire, dans la situation d'un autre participant, l'annonce de la grossesse a été perçue comme une excellente nouvelle : « c'était vraiment le meilleur cadeau, je me sentais très fier de pouvoir être papa » (P3).

2.2. Être père : un défi qui se situe le plus souvent entre plaisir et responsabilités

Après la naissance de leur enfant, les pères associés aux trajectoires 1 et 3 (n=5) déclarent avoir eu des comportements violents envers leur conjointe. La fatigue et le stress entraînés par la parentalité, cumulés avec les obligations professionnelles ou la précarité financière, sont évoqués comme des facteurs qui augmenteraient la VC exercée et contribueraient à l'exacerbation des conflits au sein du couple. Par exemple, un participant rapporte son état en ces termes :

« Ça m'épuisait littéralement m'occuper de l'enfant [...] Me réveiller la nuit pour lui donner les biberons, des trucs comme ça ou euh... Ça là... Ah, je trouvais ça épuisant ! Et puis, je trouvais épuisant les sautes d'humeur de... De madame. J'essayais toujours de garder mon calme, mais... Mais c'était... c'était difficile. » (P1)

Ainsi, les soins et l'attention donnés à l'enfant semblent apparaître comme des contextes particuliers à la période périnatale qui modulent les comportements de VC. Cela étant, cinq des six participants se sont dit heureux d'avoir un enfant et tous rapportent s'être impliqués dans la prise en charge. Pour la majorité, l'expérience a été agréable et ils ont tiré une certaine satisfaction à travers leur contribution aux tâches quotidiennes :

« [...] je cuisinais beaucoup, je lui donnais sa douche, je le changeais. Je me souviens que j'aimais vraiment m'occuper de lui, de voir comme qu'il était pur et qu'il était 100% dépendant de nous. [...] Donc, c'est ça, moi j'ai beaucoup aidé les premiers trois mois ou même plus » (P4).

Plusieurs ont aussi partagé avoir trouvé les premiers mois difficiles et la conciliation entre leurs responsabilités professionnelles et familiales assez fragile. Par exemple, un participant rapporte qu'avant même d'avoir terminé son congé parental, il a décidé de retourner travailler parce qu'il trouvait la situation à la maison trop exigeante et que sa conjointe pouvait mieux répondre aux besoins de l'enfant selon lui :

« Dans les premiers jours, c'est du grand bonheur, c'est du pur bonheur... J'ai été pleinement disponible pour mon fils et pour ma conjointe. Par contre, c'est sûr que [...] cinq semaines de congé parental, c'est... j'capotais là. C'était trop là. J'étais plus capable. Après trois semaines, fallait que... j'suis pas fait pour être encabané entre quatre murs, faut qu'ça bouge... [...] le bébé n'a pas besoin de moi là à cinq semaines, dans le premier mois. Il a vraiment besoin de sa mère. [...] » (P5).

Il reconnaît aussi avoir été préoccupé quant à son nouveau rôle : « [...] un peu de craintes aussi au travers de tout ça. Donc la crainte de l'inconnu, la crainte de ne pas être à la hauteur, etc. » (P5). Un autre père se distingue puisqu'il ne souhaitait pas l'enfant et n'appréciait pas de s'en occuper pendant que sa conjointe travaillait : « Pis elle, elle travaillait, pis moi j'étais obligé de le garder [...] D'habitude c'est les deux qui partagent, mais c'était tout le temps moi qui... je ne pouvais même pas aller au restaurant... » (P2).

Dans l'ensemble, les participants estimaient être de bons pères, même si plusieurs d'entre eux reconnaissaient qu'ils avaient besoin de développer des compétences parentales plus adéquates et de faire preuve d'autorité sans recourir à la menace ou la violence. Concernant l'appréciation de leur conjointe en tant que mère, un seul participant a remis en question ses compétences parentales tandis que tous les autres reconnaissaient les qualités de cette dernière.

Tous les hommes ayant été violents avec leurs conjointes en période postnatale remarquent que cela a pu se produire devant l'enfant ou les enfants. Trois répondants rapportent avoir également eu des comportements de violence verbale ou physique à l'endroit de ces derniers : « J'ai commencé à crier après le bébé, toute ça là... Ben, je parlais fort à l'enfant. (...) Parce qu'il fait juste pleurer » (P2). D'ailleurs, après un épisode où il a donné un coup à son enfant comme mesure disciplinaire, un père a réalisé la gravité de son geste et a lui-même contacté les services de protection de la jeunesse. Un autre participant rapporte qu'après avoir fait preuve de violence envers son enfant et que ce dernier l'ait rapporté à la mère, il s'est rendu compte qu'il y avait un écart entre le père qu'il souhaitait être et celui qu'il était au quotidien :

« Puis après ça, ma femme est venue m'en parler, puis là, j'ai su que j'avais dépassé une limite que je ne voulais absolument pas dépasser ! [...] Ça fit pas avec mes valeurs, avec ce que je voulais être comme père, ce que je voulais transmettre comme valeurs à mes enfants » (P4).

Ce décalage entre la paternité souhaitée et la paternité réalisée se retrouve dans plusieurs des témoignages reçus. La plupart ont mentionné leur préoccupation pour le bien-être de leur enfant et leur volonté de devenir de meilleur père, mais aussi leur difficulté à concilier toutes leurs responsabilités. Si l'un des pères qualifiait les premiers mois d'« enfer » alors qu'il devait donner le biberon et « supporter » les pleurs du bébé, la séparation du couple, le partage de la garde avec des droits de visite réguliers, le fait que l'enfant ait grandi et puisse s'exprimer ainsi que le soutien qu'il a reçu, entre autres, pour le renforcement de ses compétences parentales lui ont permis de développer une paternité plus positive et d'améliorer la relation avec l'enfant. Finalement, nous remarquons que c'est surtout par le biais des enfants et de la réalisation de l'impact de la dynamique sur leur développement, que la plupart des pères ayant exercé de la VC après la naissance ont réalisé que leur comportement était violent et qu'ils devaient le changer.

2.3. Des contextes de vie difficiles contribuent à l'exacerbation de la VCPP et aux difficultés d'être parent

En parallèle, les répondants ont identifié d'autres facteurs aggravants la VC parmi lesquels : vivre de la pression financière ou professionnelle (n=4), avoir soi-même vécu de la violence étant enfant (n=3), consommer de manière abusive de l'alcool ou des drogues (n=2), avoir des troubles de santé mentale, qu'ils soient diagnostiqués (n=2) ou non (n=1).

La pression financière et professionnelle, qui existait aussi avant la grossesse selon les participants, s'est accentuée pendant la période périnatale, entre autres par l'investissement des responsabilités familiales :

« Je voyais mon rôle de père comme le pourvoyeur, le chef de famille, la personne qui fait en sorte que personne ne manque de rien, que tout le monde soit confortable [...] Je me suis mis beaucoup de pression au niveau... au niveau financier [...] Toujours peur de manquer d'argent. Avec un enfant et une conjointe qui a un revenu qui diminue, ça ajoute du stress à ce niveau-là. » (P5).

Trois participants ont dévoilé avoir subi de la violence physique ou sexuelle de la part de l'un de leur parent ou de leur fratrie, mais chacun a développé des liens différents quant à leur propre violence envers leur conjointe. Pour l'un, la victimisation pendant l'enfance a contribué à le traumatiser et l'a conduit, dans une certaine mesure, non seulement à consommer mais aussi à ne pas reconnaître ce qui caractérise un comportement violent et à reproduire ce genre d'actes avec sa conjointe. Pour un autre, la violence infligée par sa mère et le caractère de celle-ci évoquaient, à ses yeux, le profil de son ex-conjointe et l'a encouragé, entre autres, à rompre. Pour le dernier participant concerné, penser à la violence de son père lui permet de mieux comprendre ses propres réactions envers sa conjointe et ses enfants, et ce même s'il estime ne pas avoir été battu pour reprendre ses termes alors qu'il relate des épisodes de violence physique :

« Il se trouve que mon père avait pas mal les mêmes patterns que j'ai en ce moment [...]. Mon père ne nous avait pas battus, mais t'sais, il avait été jusqu'au sang dans ses tapes sur les fesses, mettons. Il m'a déjà lancé contre un mur, il a déjà rentré mon frère dans un mur jusqu'à rentrer la tête dans le gyprock » (P4).

Deux hommes ont partagé des problèmes de consommation récurrents. Dans le cas d'un participant, le décès de son père lors de la grossesse a eu pour effet d'augmenter sa consommation de cannabis et d'alcool et d'exacerber sa violence. Selon lui, sa consommation de drogues est devenue de plus en plus problématique à mesure que l'enfant grandissait. La situation a eu un impact à la fois sur la manière dont la VCPP avait lieu et sur ses capacités à prendre soin de son enfant et à soutenir sa compagne : [...] elle devait comme prendre sa sieste et comme se coucher tôt, et moi je travaillais à ce moment-là, mais en même temps je me disais que c'était une excuse pour aller boire ou fumer... je pense que je l'abandonnais (P3). L'autre participant a quant à lui mentionné qu'il lui arrivait de laisser le bébé dans une pièce pendant qu'il consommait dans une autre pièce.

Concernant la santé mentale, trois hommes ont mentionné souffrir de troubles dont la dépendance, la dépression, la mésadaptation et un trouble de personnalité. Plusieurs ont rapporté vivre de la détresse et avoir beaucoup de difficulté à communiquer avec les autres et particulièrement avec leur conjointe au moment des faits :

« Quelque réponse émotionnelle que ce soit, que ce soit le stress, l'anxiété, la joie, la colère... habituellement j'réagis avec... violence... euh... avec colère, pardon. Je suis un poisson rouge au niveau du traitement des émotions » (P4).

Dans une moindre mesure, les pères immigrants ont soit mentionné les différences culturelles au sein de leur couple lorsque la conjointe était née au Canada, soit l'éloignement du réseau d'entraide dans le pays d'origine, comme des facteurs aggravants de la VCPP. Lors des entretiens, la majorité des pères ne semblaient pas tant vouloir justifier leur comportement de violence par les difficultés qu'ils rencontraient, mais ils en tenaient compte pour mieux comprendre et situer les contextes dans lesquels ils agissaient.

Discussion

L'objectif de ce volet de la recherche dédié à l'expérience des pères se reconnaissant comme auteurs de VCPP était de mieux comprendre comment, selon eux, la période périnatale contribuait à moduler les contextes et les comportements en lien avec la violence, d'explorer leur rapport à la parentalité, et de mieux cerner comment ils se représentent la violence exercée.

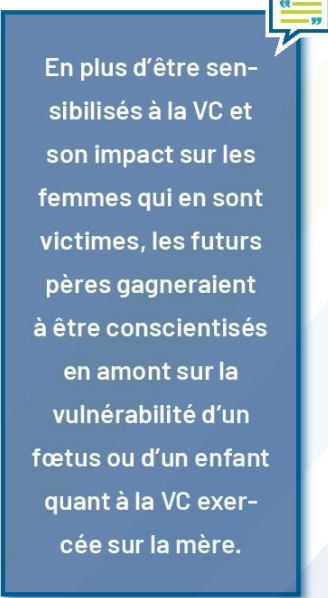
Dans un premier temps, selon nos résultats, la période périnatale s'accompagne dans la majorité des cas soit d'une apparition, soit d'une augmentation de la violence, et ce parfois dès l'annonce par la conjointe de la grossesse.

Ces résultats ont également été rapportés dans d'autres études portant sur les pères auteurs de VC (Håland et al., 2014) ou sur l'expertise des professionnel-le-s qui les accompagnent (Edin et al., 2009). Toutefois, bien que la violence se soit aggravée en période périnatale, un père a cessé d'en exercer avant la fin de la grossesse et un autre, dont les comportements violents avaient eu lieu juste après la naissance, rapporte avoir cessé en rompant avec sa conjointe alors que son enfant était âgé de quelques-mois. Cela étant, tous les pères qui ont rapporté avoir eu des comportements violents avant la grossesse ont également mentionné en avoir fait usage pendant la grossesse. Ainsi, cette période ne semble pas protéger leur conjointe, mais au contraire les exposer à un risque de victimisation accrue.

Après la naissance, les soins, la fatigue et le stress engendrés par la prise en compte des besoins de base des bébés et des enfants en bas âge semblent également déstabiliser les pères et contribuer à augmenter les risques de VCPP, des résultats aussi partagés par Håland et al. (2014). Les changements induits par la périnatalité dans le quotidien et les interactions avec leurs conjointes ont été identifiés comme des sources de colère et d'insatisfaction par plusieurs des hommes rencontrés. Ces résultats nous apparaissent préoccupants en regard du contexte stressant que cela occasionne pour les mères qui doivent à la fois se protéger contre la violence exercée par le partenaire et s'occuper du bébé. À cet effet, les résultats tirés de l'enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants du Québec rapportent que les mères victimes de VCPP sont proportionnellement plus nombreuses à rapporter un niveau élevé de stress - lié à la conciliation familiale et extrafamiliale de même qu'associé au tempérament de l'enfant - que les mères n'ayant pas été victimes de violence (Lévesque & Julien, 2019). Les témoignages des pères à ce sujet nous portent à croire que l'ampleur de la tâche parentale est méconnue et qu'ils sont peu préparés à vivre les changements importants associés à la transition à la parentalité.

À ces facteurs identifiés par les pères s'en ajoutent d'autres qui, selon eux, ont contribué à maintenir ou augmenter la VC, à savoir la pression économique, des problèmes de consommation ou des problèmes de santé mentale. Par exemple, deux pères rencontrés ont mentionné avoir pris conscience qu'ils avaient une problématique de consommation qui d'une part augmentait la violence et d'autre part limitait leur capacité à prendre soin de leur enfant, ce qui rejoint aussi les résultats d'autres études effectuées auprès de pères auteurs de VC (Bourassa et al., 2013; Stover et al., 2013; Håland et al. 2014; Lessard et al., 2020). Dans leur recherche qualitative et exploratoire sur la cooccurrence triple de la VC, des problèmes de santé mentale et des problèmes de consommation, Lessard et al. (2020) proposent l'analyse des témoignages de 15 mères, 16 pères et 12 adolescent-e-s directement concerné-e-s par la problématique. Bien qu'ils ne se concentrent pas particulièrement sur la périnatalité, une partie des résultats tirés des expériences des pères rejoignent ce qui a été avancé par les pères concernés dans notre échantillon. En effet, quelques-uns des hommes rencontrés consommaient avant de devenir pères; la consommation engendrait une désinhibition qui contribuait à l'augmentation de la violence et affectait en parallèle les compétences parentales au niveau du soin et de l'éducation des enfants. Dans notre échantillon, deux autres pères ont partagé avoir reçu un diagnostic de trouble de santé mentale et un troisième rapporte qu'il a eu des pensées suicidaires pendant la période périnatale.

La plupart des participants ont conscience que la VC a des impacts aussi sur leur capacité à être les pères qu'ils souhaitent être et plusieurs rapportent une dualité dans la construction de leur identité entre leur volonté d'être de bons pères et la reconnaissance de la violence dont ils font usage (Perel & Peled, 2008). D'un côté, des pères



En plus d'être sensibilisés à la VC et son impact sur les femmes qui en sont victimes, les futurs pères gagneraient à être conscientisés en amont sur la vulnérabilité d'un fœtus ou d'un enfant quant à la VC exercée sur la mère.

rapportent avoir exercé de la VC pendant la grossesse de leur conjointe et d'un autre côté, ils ont tous mentionné leur préoccupation quant à leurs enfants. Au niveau de la prévention, en plus d'être sensibilisés à la VC et son impact sur les femmes qui en sont victimes, les futurs pères gagneraient à être conscientisés en amont sur la vulnérabilité d'un fœtus ou d'un enfant quant à la VC exercée sur la mère (Håland et al., 2014). Cela étant, la conscientisation semble parfois limitée, dans la mesure où plusieurs pères ont fait part de situations qui, selon eux, démontraient que leur conjointe, voire parfois leurs enfants, « provoquaient » la violence par leur propre comportement. Cette forme d'ambivalence dans la reconnaissance de leurs responsabilités a été également documentée ailleurs (Edin & Nilsson, 2014; Håland et al., 2016). À l'instar d'autres recherches, nos résultats indiquent que tous les pères n'inscrivent pas la violence envers leur conjointe et celle envers leur enfant (exposée ou directe) dans un même continuum (Håland et al., 2014).

Si la plupart des hommes rencontrés évoquent la violence exercée en termes d'épisode, nous comprenons la VC comme une dynamique quotidienne d'agression, de risque ou de menace d'agression envers les conjointes. À l'instar d'autres chercheur-e-s (Kelly & Westmarland, 2016), nous remarquons que la plupart des hommes rencontrés associent la « vraie violence » ou la « violence grave » à des agressions physiques, bien qu'ils reconnaissent aussi que leur propos, leur attitude ou leur réaction peuvent constituer également de la violence. De la même manière, en évoquant des épisodes, on pourrait avoir l'impression qu'il s'agit là d'évènements isolés et non d'un contrôle général (Ibid). Dans le même ordre d'idée, nous avons observé parfois dans les discours des tentatives de symétrisation entre les comportements agressifs des mères rapportés et la violence exercée par les participants. Pourtant, si tous ont mentionné que leur conjointe avait eu peur d'eux et qu'eux-mêmes redoutaient parfois leur propre réaction, aucun n'a mentionné avoir craint pour sa sécurité ou son intégrité à cause du comportement de la mère.

Dans une visée préventive, nous croyons que les futurs parents devraient être mieux préparés à cette transition avant qu'elle ne survienne et qu'une sensibilisation au partage égalitaire des tâches associées aux soins de l'enfant devrait être mise de l'avant. Cette sensibilisation devrait être plus soutenue auprès des hommes qui exercent ou sont susceptibles d'exercer de la violence envers leur partenaire. Au niveau de l'intervention, il semble que bien que des hommes puissent se reconnaître comme auteurs de VC, un travail approfondi de conscientisation et de responsabilisation devrait être mené de manière à les accompagner dans le changement réel de leur comportement et dans la fin de toutes formes de violence envers leur conjointe, leur ex conjointe ou leur future conjointe ainsi qu'envers leurs enfants. S'il est documenté que les pères auteurs de VC sont présents dans la vie de leur enfant et ce même après la séparation (Humphrey et al. 2019), il est également recommandé de les accompagner dans l'exercice d'une parentalité exempté de coercition. Finalement, selon Thomson-Walsh et al. (2018), les difficultés rencontrées dans le couple en contexte de VC quant à la manière d'éduquer et de prendre soin des enfants continuent après la séparation. Selon ces autrices, l'implication des pères dans la conciliation des relations après la rupture devrait être assurée en amont du droit de garde des enfants.

Conclusion

L'analyse des témoignages et expériences des pères auteurs de VCPP permet plusieurs constats : la VC apparaît ou augmente pendant la période périnatale; la transition à la parentalité est fragilisée par le contexte de VC associé à d'autres contextes de vulnérabilité (stress professionnel et financier, consommation excessive, troubles de santé mentale, impacts de l'immigration). Dans la perspective féministe qui est la nôtre et qui est partagée par d'autres chercheuses et chercheurs dans le domaine, la considération pour la valorisation d'une relation adéquate entre un père et son ou ses enfant(s) ne représente pas un absolu dans la mesure où, en amont et en priorité, ce sont la sécurité et le bien-être des femmes et des enfants victimes qu'il s'agit de préserver. Finalement, de plus amples recherches devraient être menées sur la paternité en contexte de VC.

Références

- Agence de santé publique du Canada. (2009). *Ce que disent les mères: l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Gouvernement du Canada <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>
- Bourassa, C., Turcotte, P., Lessard, G. & Labarre, M. (2013). La paternité en contexte de violence conjugale. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 33(1), 149-167. <https://doi.org/10.3917/rief.033.0149>
- Bourassa, C., Labarre, M., Turcotte, P., Lessard, G., & Letourneau, N. (2014). Violence conjugale et paternité: les défis de l'intervention sociale. *Service social*, 60(1), 72-89. <https://doi.org/10.7202/1025134ar>
- Hill Collins, P., & Bilge, S. (2016). *Intersectionality*, Cambridge, UK ; Malden, MA: Polity Press.
- Edin, K., Hogberg, U., Dahlgren, L., & Lalos, A. (2009). The Pregnancy Put the Screws On: Discourses of Professionals Working With Men Inclined to Violence. *Men and Masculinities*, 11(3), 307-324. <https://doi.org/10.1177/1097184X06294010>
- Edin, K., & Nilsson, B. (2014). Men's violence. narratives of men attending anti-violence programmes in sweden. *Women's Studies International Forum*, 46(C), 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2013.12.006>
- Gaudet, S. (2013). Comprendre les parcours de vie: une lecture au carrefour du singulier et du social. In S. Gaudet, N. Burlone, & M. Lévesque (Eds.), *Repenser les familles et ses transitions. Repenser les politiques publiques* (pp. 15-51). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Håland, K., Lundgren, I., Eri, T., & Lidén, E. (2014). The Meaning of Men's Experiences of Becoming and Being Fathers, in Men Who Have Subjected Their Partners to Violence. *Fathering A Journal of Theory Research and Practice about Men as Fathers*, 12, 178-195.
- Håland, K., Lundgren, I., Liden, E., & Eri, T. S. (2016). Fathers' experiences of being in change during pregnancy and early parenthood in a context of intimate partner violence. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(30935), 1-10. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v11.30935>
- Humphreys, C., Diemer, K., Bornemisza, A., Spiteri-Staines, A., Kaspiew, R., & Horsfall, B. (2019). More present than absent: men who use domestic violence and their fathering. *Child & Family Social Work*, 24(2), 321-329. <https://doi.org/10.1111/cfs.12617>
- Kelly, L., & Westmarland, N. (2016). Naming and defining 'domestic violence': lessons from research with violent men. *Feminist Review*, 112(1), 113-127. <https://doi.org/10.1057/fr.2015.52>
- Lamb, K., Humphreys, C., & Hegarty, K. (2018). "your behaviour has consequences": children and young people's perspectives on reparation with their fathers after domestic violence. *Children and Youth Services Review*, 88, 164-169. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.03.013>
- L'Écuyer, R. (1987). L'analyse de contenu: notions et étapes. In J.-P. Deslauriers (Ed.), *Les méthodes de la recherche qualitative* (pp. 49-64). Sillery, QC: Les Presses de l'Université du Québec.
- Lévesque, S. et Julien, D. (2019). Violence conjugale en période périnatale. Dans M. E. Clément, D. Julien, S. Lévesque et J. Flores (dir.), *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4^e édition de l'enquête* (chap. 4, p. 103-122). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Lessard G., Lavergne, C., Lévesque S., Dumont, A., Alvarez-Lizotte, P., Meunier V., & Bisson, S. M. (2020). Cooccurrence violence conjugale, santé mentale ou consommation : mieux répondre aux besoins des familles. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 1-15, 1-15. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2020-004>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*: De Boeck.
- Perel, G., & Peled, E. (2008). The fathering of violent men constriction and yearning. *Violence Against Women*, 14(4), 457-482. <https://doi.org/10.1177/1077801208314846>
- Thompson-Walsh, C. A., Scott, K. L., Dyson, A., & Lishak, V. (2018). Are we in this together? post-separation co-parenting of fathers with and without a history of domestic violence are we in this together? *Child Abuse Review*, 27(2), 137-149. <https://doi.org/10.1002/car.2510>
- Stover, C., Easton, C., & McMahon, T. (2013). Parenting of Men With Co-Occurring Intimate Partner Violence and Substance Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(11), 2290-2314. <https://doi.org/10.1177/0886260512475312>
- Yoshihama, M., Clum, K., Crampton, A., & Gillespie, B. (2002). Measuring the Lifetime Experience of Domestic Violence: Application of the Life History Calendar Method. *Violence and Victims*, 17(3), 297-317.

1 **Chercheuse principale** : Sylvie Lévesque, UQAM

Co-chercheurs : Marie-Ève Clément, UQO; Mylène Fernet, UQAM; Julie Poissant, UQAM; Geneviève Lessard, ULaval; Nadia Giguère, CIUSSS Centre-Sud-de l'Île-de-Montréal (CIUSSS-CS-MTL); Chantal Lavergne, CIUSSS-CS-MTL

Partenaires : Jasline Flores, Institut de la Statistique du Québec (ISQ); Julie Laforest, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); Alena Valderrama, Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine (CHU-SJ); Rémi Bilodeau (du début du projet à octobre 2019) et André Tardif (de décembre 2019 à la fin du projet), À cœur d'homme; Louise Boucher (du début du projet à octobre 2018), Amélie Landry et Marie-Noëlle Angers (d'octobre 2018 à la fin du projet), Réseau des centres de ressources périnatales du Québec (RCRPQ); Kathy Mathieu, Table Carrefour Violence conjugale Québec-Métro (TCVC Québec Métro); Mylène Bigaouette, Fédération des maisons d'hébergement pour femmes; Maëcha Nault, Maison de naissance Côte des Neiges; Monica Dunn, Table de concertation en violence conjugale de Montréal (TCVCM)

Sources de financement : Cette recherche a été rendue possible grâce au soutien du Ministère de la santé et des services sociaux du gouvernement du Québec et du Fonds de recherche du Québec : Société et cultures, dans le cadre du programme « actions concertées en matière de violence conjugale ».

Certifications éthiques : Comité d'éthique de la recherche en Dépendance, Inégalités sociales, Santé publique du Centre interuniversitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Sud-de-l'Île-de-Montréal (référence : MP-DIS-1718-39). Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (référence : 2490_e_2018).

Étudiantes impliquées : coordonnatrice de recherche : Carole Boulebsol, UQAM-UdeM; auxiliaires de recherche, UQAM : Catherine Rousseau, Mélusine Dumerchat, Emilie Blanchette, Julie Tran, Claudelle Brazeau, Alexandra Toupin.

Annexe 5 : Fiche synthèse 3 (Volet 2)



Fiche synthèse
RECHERCHE 29
Octobre 2020

VIOLENCE CONJUGALE EN PÉRIODE PÉRINATALE (VCP) : RECHERCHE D'AIDE, IMPACTS ET RECOMMANDATIONS SELON DES HOMMES SE RECONNAISSANT COMME AUTEURS

(418) 656-3286



raiv.info@ulaval.ca



raiv.ulaval.ca



Boulebsol, C., Lévesque, S., Lessard, G., avec la collaboration de J. Laforest et de l'équipe de recherche du projet « Violence conjugale lors de la période périnatale et parentalité : documenter et comprendre, pour mieux intervenir et soutenir »

Problématique

Cette fiche est la seconde d'une série de deux fiches consacrées à une partie des résultats d'une recherche partenariale et interdisciplinaire menée sur la violence conjugale en période périnatale (VCP), c'est-à-dire sur la coercition exercée sous différentes formes par un homme sur sa conjointe entre le moment où cette dernière devient enceinte jusqu'au deux ans de l'enfant. Au Québec comme au Canada, il est estimé que la problématique concerne une femme sur dix (Agence de la santé publique du Canada, 2009; Lévesque et Julien, 2019). Il existe encore peu de recherches féministes sur la violence conjugale (VC) à partir de la perspective des hommes auteurs et encore moins en période périnatale (Bourassa et al., 2013; Håland et al., 2016; Kelly & Westmarland, 2016; Thompson-Walsh et al., 2018). Ce manque de connaissances a pour effet de limiter la compréhension de ce phénomène préoccupant et restreint l'élaboration d'interventions capables de soutenir ces pères dans leur conscientisation, leur responsabilisation et le changement de comportements (Peled & Perel, 2007; McGuinn et al., 2017; Scott et al., 2018). Si la première fiche présente les résultats de la recherche concernant les trajectoires et les formes de VCP exercée ainsi que les contextes aggravants repérés par les participants, cette deuxième contribution se centre sur les expériences de services, les trajectoires de soutien, les impacts des interventions et les recommandations des participants.

Il est documenté que pour éviter ou mettre fin à la VC, les hommes ont besoin d'être compris et accompagnés sur deux composantes centrales : 1) au niveau de la VC pour éviter la victimisation de leur conjointe et éventuellement des enfants; et 2) au niveau de leurs compétences parentales afin de renforcer une paternité responsable et positive pour leur(s) enfant(s) (Håland et al., 2014). L'accès volontaire à des services adaptés peut éventuellement les soutenir en ce sens (Bourassa et al. 2014).



Afin de contribuer au développement d'interventions adaptées à leurs réalités dans l'optique de favoriser la sécurité et le bien-être des enfants et des femmes et d'accompagner les hommes désireux de changer leurs comportements, nous avons mené une recherche qualitative auprès de six hommes se reconnaissant comme auteurs de VCPP.

Cadre théorique et méthodologique

Nous nous sommes appuyées sur un cadre théorique combinant la théorie des parcours de vie (Gaudet, 2014) et l'approche féministe intersectionnelle (Hill Collins et Bilge, 2016) afin de rendre compte de manière séquentielle et compréhensive de trajectoires et de profils diversifiés. Il était visé de rencontrer dix pères correspondant aux critères suivants : avoir 18 ans et plus, être le père d'un enfant avec lequel il y a eu des contacts dans l'année où se déroulait la recherche et se reconnaître comme ayant été auteur de VCPP dans les cinq dernières années. En dépit d'efforts soutenus et de stratégies de recrutement variées déployées dans différents milieux communautaires, institutionnels et de loisirs, de même que sur les réseaux sociaux, ce sont finalement six pères qui ont été rencontrés entre mai 2018 et juillet 2019. Ils ont été recrutés via les groupes de soutien aux hommes qu'ils fréquentaient (n=3), des groupes communautaires (n=2) et les annonces en ligne (n=1). Des entretiens semi-dirigés ont été menés puis analysés de manière thématique afin de dégager des unités de sens et des matrices de relations (L'Écuyer, 1987; Miles et Huberman, 2003).

6 ENTRETIENS
semi-dirigés
2018-2019

Présentation des participants

Quatre participants étaient nés au Canada, tandis que deux autres étaient immigrants. Un participant avait moins de 35 ans, trois participants avaient entre 36 et 45 ans et deux autres étaient âgés de plus de 46 ans. Alors que la majorité des participants se reconnaissait comme hétérosexuel, un homme s'identifiait comme homosexuel. Trois d'entre eux ont rapporté avoir complété des études universitaires, deux autres avaient mené des études collégiales et un autre a rapporté un niveau d'éducation primaire-secondaire. Quatre participants étaient séparés de la conjointe avec laquelle ils avaient exercé de la VCPP. Quatre participants avaient un enfant, un homme en avait deux et un autre en avait quatre. Au moment des entretiens, tous bénéficiaient de services en lien avec leurs comportements violents. Pour une présentation détaillée des participants de la recherche, nous référons les lectrices et lecteurs à la [première fiche](#) de cette série.

RÉSULTATS

1. Expérience de services

1.1. Éléments favorisant la prise de conscience quant à la violence exercée et la recherche de soutien

Plusieurs éléments semblent se combiner afin de sensibiliser les hommes auteurs de VCPP à la nécessité d'aller chercher du soutien au-delà de leur ami-e-s ou de leur famille. L'escalade des comportements de violence, la rupture d'avec la conjointe, la relation à l'enfant incluant des comportements de violence et de contrôle pouvant mener à un signalement à la DPJ et une expérience antécédente positive de soutien contribuent à favoriser la recherche de services.

Dans une situation, c'est la conjointe elle-même qui a fait les recherches pour les ressources et a demandé à son partenaire de les consulter. À l'inverse, un participant rapporte que c'est sa conjointe qui refusait de dévoiler la situation à leur médecin : « *Alors, elle ne voulait pas du tout que je parle et elle me disait : « Si tu fais ça, là... Je te laisse ! » [...] c'est pour ça je ne voulais pas en parler à aucun médecin, parce qu'elle m'interdisait d'en parler* » (P1). Si quatre participants n'étaient plus en couple avec la mère au moment de l'entretien, pour l'un d'eux, cela a été l'occasion de réaliser qu'il exerçait de la violence : « *Elle m'a laissé, parce que je lui parlais mal, je ne la respectais pas* » (P3). Pour un autre, ce n'est pas la rupture, mais la perte du contact avec les enfants à la suite d'un signalement qui a été un point tournant dans la recherche d'aide.

Certains hommes ont mentionné qu'ils avaient commencé à redouter leur propre réaction, à ne plus se reconnaître et ne plus être capables de contrôler ni leur colère, ni leur violence. Par exemple, un participant a partagé à ce sujet : « *J'avais peur de moi. J'avais envie de l'étrangler, tellement j'étais exaspéré par elle [...] J'avais peur de moi-même, là ! J'avais peur de... de ne plus me contrôler* » (P1). En ne se reconnaissant plus et en réalisant l'écart entre ce qu'ils souhaitaient être et ce qu'ils étaient devenus, les participants ont décidé de chercher du soutien.

Pour plusieurs, la prise de conscience concernant la violence perpétrée a été provoquée par un questionnement sur leur rôle de père, la figure paternelle qu'ils souhaitent investir et la volonté d'offrir à leur enfant un environnement calme et agréable : « *C'était vraiment dans l'optique de oui, régler mon problème, mais surtout de faire en sorte que mon fils arrive, vienne au monde dans notre maison dans un contexte autre que celui qui se produisait avant qu'il soit là* » (P5). Le passage d'une violence dirigée vers la conjointe à des comportements de violence envers les enfants a aussi contribué à la sensibilisation des pères quant à la gravité de leurs actions. À ce propos, un participant remarque :

« *L'événement déclencheur qui m'a fait aller voir ce groupe de soutien-là, c'est que ma fille un moment donné, j'y ai serré le bras pour la remettre à l'ordre. Puis elle est allée voir ma femme sans me le dire à moi... : « Maman, j'aime pas ça quand papa m'fait mal ». Fait que là je suis vraiment allé chercher de l'aide beaucoup plus loin là, que le simple psychologue deux-trois fois [par] année ! » (P4).*

En réalisant l'impact de la violence sur les enfants, plusieurs pères ont compris la nécessité d'être soutenus dans le processus de modification de leurs comportements. Ainsi, plusieurs rapportent avoir eu besoin d'outils pour adopter un regard critique sur leurs gestes, comprendre la violence et ses impacts, être en mesure de la prévenir notamment en étant attentif à leurs émotions et les manières de les exprimer, voire de les gérer : « *J'suis allé faire un suivi psychologique et tout ça, pour essayer de régler ces choses...juste pour prendre un p'tit pas de recul...* » (P6).

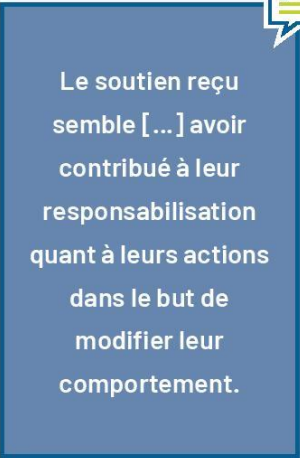
1.2. Différents types de soutien sont possibles, parfois de manière complémentaire

Tous les participants ont eu recours à du soutien quant à leurs comportements violents pendant la période périnatale. On observe trois patrons de fréquentation des services : un père a consulté avant, pendant et après la grossesse de sa conjointe; un autre a eu du soutien pendant et après la grossesse; tandis que quatre participants ont utilisé des ressources en ce sens pendant la période postnatale uniquement. Plusieurs avaient également consulté des ressources individuellement dans les mois ou les années qui ont précédé la VCPP et ce, pour d'autres raisons (problèmes de santé physique, toxicomanie, troubles de l'humeur, etc.). D'ailleurs, des pères (n=3) se sont d'abord confiés à des professionnel-le-s qu'ils connaissaient avant de chercher du soutien spécifique à la violence exercée. Aucun des participants n'avait arrêté les suivis au moment où nous les avons rencontrés. Au contraire, plusieurs redoutaient la fin de ces interventions et espéraient pouvoir les poursuivre sur une période plus ou moins longue.

De façon générale, les pères ont consulté des groupes de soutien pour hommes ayant des comportements violents (n=5), des psychologues (n=3) via les programmes d'aide aux employé-e-s, le CLSC ou en bureau privé, des professionnel-le-s des services sociaux (n=2), la Direction de la protection de la jeunesse (n=2), des ressources spirituelles (n=2) ou encore des organismes communautaires autres que ceux dédiés aux comportements violents (n=2). Il semble que la complémentarité du soutien individuel et du soutien en groupe ait été appréciée par les participants. Si plusieurs ont abordé ce sujet soit avec des leaders de leur communauté religieuse, des psychologues ou encore des médecins de famille, ils ont aussi eu recours à des dispositifs collectifs, bien que l'exposition de leur intimité devant un groupe ait pu représenter un défi au début : « *ça été quand même très confrontant pour moi... Ça été une grande leçon d'humilité... d'aller chercher de l'aide en groupe. Individuel, c'est tel que tel, en groupe, c'est autre chose* » (P5).

Enfin, plusieurs participants ont évoqué l'importance du caractère volontaire de l'engagement quant à l'utilisation de services. Par exemple, l'un d'eux, qui a été incarcéré suite à une plainte déposée par sa conjointe, mentionne qu'il n'était ni motivé, ni impliqué, dans les ateliers auxquels il avait accès en prison, comparativement à son implication dans un groupe après sa sortie. Un autre rapporte le décalage ressenti entre les participants : « *on sait très bien que ces thérapies-là, t'sais souvent y'a des gens qui sont judiciairisés... ou c'est pas tout l'monde qui se présente là sur une base volontaire. Moi j'me suis présenté là sur une base volontaire. C'était avec des gars qui ont fait des meurtres, pis des affaires de même là* » (P5).

Dans le même ordre d'idées, des participants ont remarqué que la présence d'hommes dans les groupes résultant d'une injonction du tribunal pouvait créer un décalage dans les motivations des participants d'un même groupe et une forte distinction entre eux : « *dans un groupe d'hommes y'en a qui ont fait d'la prison. J'ai jamais fait d'prison. Y'en a qui ont des trucs de coups et blessures et de voies de fait. Jamais eu ça contre moi là. Vous voyez ?* » (P6).



Le soutien reçu semble [...] avoir contribué à leur responsabilisation quant à leurs actions dans le but de modifier leur comportement.

2. Impacts des services

S'il a fallu aux participants des éléments de conscientisation pour recourir à des services dans un premier temps, le soutien reçu semble par la suite avoir contribué à leur responsabilisation quant à leurs actions dans le but de modifier leur comportement. Un autre impact rapporté renvoie à la construction d'une forme de paternité qui se distingue de celle qu'ils connaissent jusqu'à maintenant.

2.1. Devenir conscient de la gravité et des impacts de la VC exercée et prendre ses responsabilités

La conscientisation se produit notamment par l'accès à une information juste sur les différentes formes de violence et leurs répercussions : « *c'est important de nommer et d'identifier, clarifier, tous les événements. Parce que c'est... c'est important. Pas minimiser* » (P3). Un père a ainsi réalisé qu'il exerçait de la violence sexuelle et un autre a pu reconnaître que son comportement était coercitif, même s'il n'avait eu pas recours à la violence physique : « *T'sais, mais... mais c'est là que j'... que j'... j'ai pris conscience que la...t'sais la VC, souvent on pense que c'est sacrer une volée à sa blonde là. Mais c'est... c'est... c'est beaucoup plus large que ça là* » (P5). Plusieurs rapportent avoir eu besoin de mieux comprendre la dynamique de VC pour changer les comportements et désamorcer les situations : « *Il y avait que je voulais mieux comprendre, mais il y avait aussi que je sentais que je commençais à être à bout de nerf* » (P1).

Plusieurs ont également mentionné que les services leur avaient permis de se responsabiliser quant à leurs actes et leurs conséquences sur leur (ex)conjointe et leur(s) enfant(s) : « *Pis c'est... j'm'en rends compte suite à la thérapie, en fait. Parce qu'au départ, j'pensais que... tout était beau, pis c'était pas moi qui étais... que tout était le problème... pis moi je n'avais pas d'problème là. T'sais, que l'problème, c'était les autres. Pis c'était la situation... c'était les circonstances* » (P5).

Parfois, la prise de conscience a été amorcée par la reconnaissance de leur propre vécu de victimisation, le plus souvent lorsqu'ils étaient jeunes et dans un contexte familial où la violence était dirigée vers eux et banalisée (n=3) : « (...) *je me suis aperçu que j'avais beaucoup de blessures de mon enfance et que je ne les avais pas acceptées. Je commençais à reconnaître que j'avais un besoin d'aide* » (P3).

Le soutien reçu a contribué à diminuer les risques d'aggravation de la VC selon plusieurs pères. Par exemple, un participant commente l'impact du soutien reçu par son psychologue en ces termes :

« *Ça fait une grosse différence parce que je pense que s'il n'avait été là, [petit rire] je ne sais pas ce que j'aurais fait. J'aurais peut-être fait des actes de folie. J'aurais peut-être frappé plus, ou je ne sais pas quoi, là. Peut-être que j'aurais plus perdu le contrôle de moi. Alors, oui, ça m'a aidé. Oui, ça m'a aidé.* » (P1).

De la même manière, en s'impliquant dans les rencontres avec les professionnel-le-s, plusieurs rapportent avoir retrouvé du plaisir et se sentir mieux de manière générale. La prise de responsabilité semble aussi réactiver leur capacité à transformer leurs manières d'agir :

« *Ça fait une différence d'abord dans la façon dont moi je suis. Je suis plus heureux. J'suis plus grand. J'suis plus responsable. J'ai repris le contrôle de ma vie, parce que... j'ai arrêté d' minimiser ou de ne pas reconnaître c'que je faisais ou c'que j'avais fait.* » (P6).

À la lumière des témoignages, tous les participants ont fait état de changement dans leurs comportements suite au soutien reçu, même si deux des répondants rapportaient avoir encore des comportements violents au moment de la collecte de données : « *Ça m'a permis d'arrêter d'être dans une espèce de spirale super malsaine, focalisée sur le passé. Un passé négatif... mets-le dans une spirale positive, focalisée sur le futur, sur l'avenir* » (P6).

2.2. Devenir l'homme et le père que l'on souhaite être

Il semble que plusieurs pères aient pris conscience également de leur attachement à l'enfant et de leur volonté d'avoir une relation de qualité avec lui :

« *Et moi je... je l'aime, j'aime tellement mon bébé. Moi je pense que c'est comme moi en petit. Et que... il me manque tellement, comme maintenant c'est tous les jours je pleure.* » (P3)

De plus, des changements sont également rapportés en lien avec les compétences parentales et le renforcement de stratégies adéquates pour prendre soin de l'enfant et gérer la charge associée : « *de mieux me gérer, d'être moins colérique, d'être moins explosif, d'être plus patient... (...). J'pense que ça m'a appris à mieux me contenir dans ce genre de situations* » (P5).

Parfois, la prise de conscience a été amorcée par la reconnaissance de leur propre vécu de victimisation, le plus souvent lorsqu'ils étaient jeunes.

Des pères ont aussi mentionné que la participation à des groupes permettait non pas de banaliser, mais de collectiviser les expériences et de créer des liens :

« (...) ça met en relation des hommes ensemble et ça leur permet de discuter de sujets extrêmement profonds, sans tabous, sans jugement. Mais ça, c'est magique. C'est magique, parce qu'on apprend les uns des autres, et on est capable de se comparer et, d'une certaine façon, de se sentir beaucoup moins seul » (P6).

La plupart des participants ont reconnu la nécessité pour eux d'adopter un regard critique sur leurs expériences comme enfant puis comme adulte, et de questionner les modèles dont ils disposaient de manière à construire ensuite un modèle alternatif et positif de paternité dans lequel il leur sera possible de se reconnaître.

2.3. Évaluation et recommandations des pères quant aux services

Dans l'ensemble, les pères rencontrés ont fait mention de leur grande satisfaction quant aux services reçus dans le milieu institutionnel, tout comme dans le milieu communautaire. À la lumière des témoignages, les soutiens ont été appréciés dans la mesure où cela a permis le partage d'expérience sans jugement et l'accès à des outils concrets pour modifier les comportements. Cela étant, pour plusieurs, il a fallu attendre d'être bien référés avant d'avoir accès à du soutien spécialisé. Des pères ont mentionné qu'ils auraient eu besoin de services plus rapidement au niveau de la VC. Le référencement n'étant pas toujours optimal, les ressources se révèlent souvent pleines avec des listes d'attente de plusieurs mois. À ce sujet, un participant commente :

« Plus rapidement orienter les pères, (...) les psychologues ou les travailleurs sociaux devraient référer automatiquement à des groupes qui sont spécialisés là-dedans. Euh... moi y'a fallu que j'attende 6 mois avant d'avoir une place... Parce que c'est... c'est plein ! C'est sûr qu'il y a un manque de ressources à ce niveau-là » (P4).

Pour éviter de se retrouver face à un vide dans les services, de trop longs délais d'attente ou des coûts importants en privé, des participants ont nommé l'importance d'agir de façon préventive sur la VC. Cela signifie notamment pour eux d'être en mesure d'identifier les émotions vécues, d'arriver à désamorcer les sentiments de colère qui peuvent mener à la violence et de reconnaître assez rapidement les situations où leurs comportements relèvent de la violence et du contrôle, au-delà du conflit.

Finalement, plusieurs insistent sur l'importance d'offrir des espaces sans jugement où les intervenant-e-s font preuve d'empathie. Par exemple, un père mentionne avoir apprécié la réaction des policier-e-s suite à un appel de sa conjointe :

« Ils m'ont dit : « Ça va. On n'est pas ici pour te juger et on est venu ici pour, si t'as besoin d'aide, on est là pour ça. On va pouvoir te référer et tout ». Pis, ils m'ont dit : « On a déjà parlé avec la maman de ton fils et on a donné aussi un endroit [pour] quelle puisse aller chercher de l'aide » (P3).

Quelques-uns insistent d'ailleurs sur cette première étape que représente l'écoute active, avant de passer à celle de la recherche de solution.


Discussion

L'objectif de ce volet de la recherche dédié à l'expérience des pères se reconnaissant comme auteurs de VCPP était de mieux comprendre leur trajectoires et l'impact des services avec lesquels ils ont été en interaction d'une part, et d'autre part de dégager ensuite des recommandations pour les pratiques et de futures recherches.

À l'instar d'autres recherches (McGuinn *et al.*, 2017), nos résultats témoignent d'expériences positives en lien avec l'intervention en matière de violence pour les hommes auteurs. Selon les répondants, la conscientisation se fait par étape et sur des périodes prolongées, à la fois au niveau de l'usage de VC et de l'investissement dans la paternité. Comme cela a été rapporté par plusieurs participants, il est documenté qu'il peut être difficile, au début d'une démarche en relation d'aide, de s'identifier comme violent, et que plusieurs hommes ont tendance à se distinguer des autres auteurs (Håland *et al.*, 2016), notamment parce qu'ils n'ont pas recours à de la violence physique (Edin *et al.*, 2009). On comprend ainsi que la conscientisation relève d'un processus dynamique (Bourassa *et al.*, 2013), qui implique plusieurs leviers. Par exemple, les pères peuvent éventuellement être sensibilisés à leur socialisation et à leurs propres expériences de victimisation (Håland *et al.*, 2014). Comme cela a été rapporté ailleurs (Edin *et al.*, 2009; Bourassa *et al.*, 2013), le fait de participer à des groupes de soutien ou d'avoir des consultations individuelles avec un-e professionnel-le leur permet le développement de stratégies alternatives et l'acquisition d'outils de gestion des émotions et de contrôle de la colère, en plus de les responsabiliser sur la gravité de la violence et de ses conséquences.

Ensuite, il est documenté que certains pères ont peur de perdre la face ou d'être stigmatisés lorsqu'ils reconnaissent qu'ils ont besoin de changer leurs comportements et de mettre fin à la VC (Perel et Peled, 2008; Håland *et al.*, 2014; 2016). C'est pourquoi il apparaît stratégique de proposer une intervention qui, sans banaliser la violence, offre un espace d'écoute active, respectueux et empathique. Il est recommandé de maintenir une empathie en reconnaissant aussi que ces pères peuvent être vulnérables, sans pour autant excuser leur comportement, ce qui compromettrait leur responsabilisation (Bourassa *et al.*, 2014; Håland *et al.*, 2016). Puisque les pères rencontrés se sont d'abord confiés à des professionnel-le-s qu'ils connaissaient ou avec lesquel-le-s il y avait une proximité ou une accessibilité facilitée (ex : programme d'aide aux employé.es), cela porte à croire que tout-e-s les intervenant-e-s peuvent être amené-e-s à repérer un comportement problématique de violence et à référer ces hommes à des organismes plus spécialisés. Ce n'est pas tant le mandat ou le contexte qui semblent important, mais bien la proximité, l'existence d'un lien et d'une confiance minimale qui semblent favoriser les dévoilements de ces pères.

Si les pères décident d'entreprendre une démarche pour obtenir du soutien, il semble que ce soit avant tout pour préserver ou construire un lien de qualité avec leur(s) enfant(s). Il semble aussi que tous les pères, sauf un, étaient préoccupés de l'impact de la VC sur leurs enfants¹. La majorité des répondants ont partagé leur préoccupation quant à l'impact de leurs comportements sur leur enfant, principalement la peur que ces derniers reproduisent aussi ce genre d'attitude et le souci que leur relation et leur lien d'attachement se dégradent. D'autres études rapportent les mêmes observations (Perel et Peled, 2008; Bourassa *et al.*, 2013; Håland *et al.*, 2014; Håland *et al.*, 2016). Pour plusieurs pères rencontrés qui ne voient plus leurs enfants de manière quotidienne, la volonté de renouer avec eux et d'établir plus de contacts réguliers constitue un véritable levier de motivation quant à leur participation à des suivis (Håland *et al.*, 2016). Les témoignages démontrent aussi, dans la plupart des cas, une volonté de construire une identité masculine et paternelle plus positive et valorisante. Or, la présence résiduelle de modèles parentaux rigides, voire violents, ou l'absence d'une figure paternelle positive (dans une moindre mesure d'une figure maternelle), constituent une entrave dans la construction d'une identité paternelle alternative (Perel et Peled, 2008; Bourassa *et al.*, 2013; Bourassa *et al.*, 2014; Håland *et al.*, 2014). Il est documenté que les enfants ont besoin que leur père reconnaisse la violence



Il est recommandé de maintenir une empathie en reconnaissant aussi que ces pères peuvent être vulnérables, sans pour autant excuser leur comportement, ce qui compromettrait leur responsabilisation.

¹ Celui qui ne l'a pas mentionné avait un enfant de moins d'un an et s'était séparé de la mère lorsque le bébé avait quelques mois.

exercée sur la mère ou sur eux afin de pouvoir construire une relation basée sur la confiance et la responsabilisation de l'auteur plutôt que des victimes (Lamb, Humphreys & Hegarty, 2018). De ce fait, il est recommandé d'accompagner les hommes dans le questionnement critique de ces représentations et dans la construction de nouveaux modèles, capable de garantir la sécurité et le bien-être des enfants et des relations égalitaires et exemptées de violence avec les femmes (Scott et al., 2018).

Enfin, si aucun père rencontré n'a rapporté avoir abandonné le programme de rencontres avec un-e professionnel-le quant à la VC, il est documenté que les hommes aux comportements violents ayant une problématique de consommation ou de santé mentale sont plus à risque d'interrompre le processus avant la fin de celui-ci (Léveillé et al. 2020). Il y a là une piste intéressante pour les milieux de pratique à retenir, dans la mesure où la cooccurrence de problématiques de VC, de consommation et de troubles de santé mentale influence les trajectoires au niveau de la VC et de la parentalité.

Les résultats de cette étude doivent toutefois être interprétés en regard des limites qui leur sont associées. Une des limites méthodologiques réside dans le petit échantillon qui ne permet pas d'atteindre une saturation empirique. Ces résultats ne peuvent pas, en ce sens, prétendre représenter l'expérience des pères auteurs de violence conjugale pendant la période périnatale. Les hommes auteurs de VC ne constituent pas un groupe homogène. Leurs parcours de vie s'inscrivent souvent dans des contextes où sont présents notamment des déterminants sociaux d'oppression et de marginalisation, dont notre petit échantillon ne suffit pas à rendre compte (Fleck-Henderson & Areán, 2004; Labarre & Roy, 2015). Une autre limite est corolaire aux critères d'inclusion, dans la mesure où les participants se reconnaissaient comme auteurs de VCPP, ce qui n'est pas le cas de tous les hommes ayant des comportements violents. Enfin, tous les répondants avaient amorcé des suivis avec des professionnel-le-s afin de comprendre leurs comportements et ses impacts et de les changer de manière à ne plus exercer de violence à l'encontre de leur partenaire ou de leur enfant. On peut formuler l'hypothèse que ce soutien les aide à prendre de la distance critique par rapport à la situation et à assumer en partie ou en totalité leur responsabilité, ce qui n'est pas le cas de tous les auteurs de VC en général et de VCPP en particulier (Bourassa et al. 2014).

Conclusion

Ce projet contribue, à l'instar des études antérieures, à documenter le recours aux services de pères auteurs de VC, en ciblant précisément la période périnatale. Malgré la taille réduite de l'échantillon, des pistes de réflexion et d'interventions sont proposées. Toutefois, de plus amples recherches sont à mener sur les liens entre les identités masculines, la violence conjugale et la paternité (Perel et Peled, 2008; Bourassa et al., 2013, 2014; Edin et Nilsson, 2016). Les résultats engendrés pourraient permettre d'adapter les pratiques de conscientisation auprès des pères, de les accompagner pour développer un regard à la fois critique et empathique sur leur propre histoire de vie afin de les encourager ensuite à être actif dans la construction de nouvelles identités et la mise en œuvre de comportements exempts de violence.

Références

- Agence de santé publique du Canada. (2009). *Ce que disent les mères: L'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Gouvernement du Canada <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>
- Bourassa, C., Turcotte, P., Lessard, G. & Labarre, M. (2013). La paternité en contexte de violence conjugale. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 33(1), 149-167. <https://doi.org/10.3917/rief.033.0149>
- Bourassa, C., Labarre, M., Turcotte, P., Lessard, G., & Letourneau, N. (2014). Violence conjugale et paternité: les défis de l'intervention sociale. *Service social*, 60(1), 72-89. <https://doi.org/10.7202/1025134ar>
- Hill Collins, P., & Bilge, S. (2016). *Intersectionality*, Cambridge, UK; Malden, MA: Polity Press.
- Edin, K., Hogberg, U., Dahlgren, L., & Lalos, A. (2009). The Pregnancy Put the Screws On: Discourses of Professionals Working With Men Inclined to Violence. *Men and Masculinities*, 11(3), 307-324. <https://doi.org/10.1177/1097184X06294010>
- Edin, K., & Nilsson, B. (2014). Men's violence. narratives of men attending anti-violence programmes in sweden. *Women's Studies International Forum*, 46(C), 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2013.12.006>
- Fleck-Henderson, A., & Areán, J. C. (2004). *Fathering After Violence: Curriculum Guidelines and Tools for Batterer Intervention Programs*. Retrieved from San Francisco: https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/Children_and_Families/Breaking_Cycle_Part1.pdf
- Gaudet, S. (2013). Comprendre les parcours de vie: une lecture au carrefour du singulier et du social. In S. Gaudet, N. Burlone, & M. Lévesque (Eds.), *Repenser les familles et ses transitions. Repenser les politiques publiques* (pp. 15-51). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Håland, K., Lundgren, I., Eri, T., & Lidén, E. (2014). The Meaning of Men's Experiences of Becoming and Being Fathers, in Men Who Have Subjected Their Partners to Violence. *Fathering A Journal of Theory Research and Practice about Men as Fathers*, 12, 178-195.
- Håland, K., Lundgren, I., Liden, E., & Eri, T. S. (2016). Fathers' experiences of being in change during pregnancy and early parenthood in a context of intimate partner violence. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(30935), 1-10. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v11.30935>
- Labarre, M., & Roy, V. (2015). Paternité en contexte de violence conjugale : Regards rétrospectif et prospectif. *Enfances, familles et générations*, 22, 1-26. <https://doi.org/10.7202/1031117ar>
- Lamb, K., Humphreys, C., & Hegarty, K. (2018). "your behaviour has consequences": children and young people's perspectives on reparation with their fathers after domestic violence. *Children and Youth Services Review*, 88, 164-169. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.03.013>
- L'Écuyer, R. (1987). L'analyse de contenu: notions et étapes. In J.-P. Deslauriers (Ed.), *Les méthodes de la recherche qualitative* (pp. 49-64). Sillery, QC: Les Presses de l'Université du Québec.
- Léveillé, S., Touchette, L., Ayotte, R., Blanchette, D., Brisson, M., Brunelle, A., Turcotte, C. & Lévesque, C. V. (2020). L'abandon thérapeutique, une réalité chez des auteurs de violence conjugale: Mieux comprendre les caractéristiques psychosociales de ces hommes. *Psychothérapies*, vol. 40(1), 39-51. <https://doi.org/10.3917/psys.201.0039>
- Lévesque, S. et Julien, D. (2019). Violence conjugale en période périnatale. Dans M. E. Clément, D. Julien, S. Lévesque et J. Flores (dir.), *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4^e édition de l'enquête* (chap. 4, p. 103-122). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- McGinn, T., McColgan, M., & Taylor, B. (2020). Male ipv perpetrator's perspectives on intervention and change: a systematic synthesis of qualitative studies. *Trauma, Violence & Abuse*, 21(1), 97-112. <https://doi.org/10.1177/1524838017742167>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*: De Boeck.
- Peled, E., & Perel, G. (2007). A conceptual framework for fathering intervention with men who batter. In J. L. Edleson & O. J. Williams (Eds.), *Parenting by men who batter: New directions for assessment and intervention* (pp. 85-101). New York (NY): Oxford University Press.
- Perel, G., & Peled, E. (2008). The fathering of violent men constriction and yearning. *Violence Against Women*, 14(4), 457-482. <https://doi.org/10.1177/1077801208314846>
- Thompson-Walsh, C. A., Scott, K. L., Dyson, A., & Lishak, V. (2018). Are we in this together? post-separation co-parenting of fathers with and without a history of domestic violence are we in this together? *Child Abuse Review*, 27(2), 137-149. <https://doi.org/10.1002/car.2510>
- Scott, K. L., Thompson-Walsh, C., & Nsiri, A. (2018). Parenting in Fathers Who Have Exposed Their Children to Domestic Violence: Identifying Targets for Change. *International Journal on Child Maltreatment: Research, Policy and Practice*, 1(1), 51-75. <https://doi.org/10.1007/s42448-018-0004-0>

1 **Chercheuse principale** : Sylvie Lévesque, UQAM

Co-chercheurs : Marie-Ève Clément, UQO; Mylène Fernet, UQAM; Julie Poissant, UQAM; Geneviève Lessard, ULaval; Nadia Giguère, CIUSSS Centre-Sud-de l'Île-de-Montréal (CIUSSS-CS-MTL); Chantal Lavergne, CIUSSS-CS-MTL

Partenaires : Jasline Flores, Institut de la Statistique du Québec (ISQ); Julie Laforest, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); Alena Valderrama, Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine (CHU-SJ); Rémi Bilodeau (du début du projet à octobre 2019) et André Tardif (de décembre 2019 à la fin du projet), À cœur d'homme; Louise Boucher (du début du projet à octobre 2018), Amélie Landry et Marie-Noëlle Angers (d'octobre 2018 à la fin du projet), Réseau des centres de ressources périnatales du Québec (RCRPQ); Kathy Mathieu, Table Carrefour Violence conjugale Québec-Métro (TCVC Québec Métro); Mylène Bigaouette, Fédération des maisons d'hébergement pour femmes; Maëcha Nault, Maison de naissance Côte des Neiges; Monica Dunn, Table de concertation en violence conjugale de Montréal (TCVCM)

Sources de financement : Cette recherche a été rendue possible grâce au soutien du Ministère de la santé et des services sociaux du gouvernement du Québec et du Fonds de recherche du Québec : Société et cultures, dans le cadre du programme « actions concertées en matière de violence conjugale ».

Certifications éthiques : Comité d'éthique de la recherche en Dépendance, Inégalités sociales, Santé publique du Centre interuniversitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Sud-de-l'Île-de-Montréal (référence : MP-DIS-1718-39). Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (référence : 2490_e_2018).

Étudiantes impliquées : coordonnatrice de recherche : Carole Boulebsol, UQAM-UdeM; auxiliaires de recherche, UQAM : Catherine Rousseau, Mélusine Dumerchat, Émilie Blanchette, Julie Tran, Claudelle Brazeau, Alexandra Toupin.

Annexe 6 : Portrait des participantes (Volet 1)

Tableau : Caractéristiques sociodémographiques des mères (n= 1264)

<i>Variables</i>	<i>%</i>
Âge à la naissance de l'enfant	
15 à 24 ans	4,0
25 à 34 ans	52,8
35 à 44 ans	40,6
45 ans et plus	2,2
Plus haut niveau de scolarité	
Collégial/universitaire	82,9
Primaire/secondaire	16,8
Emploi rémunéré	
Oui	80,3
Non	19,7
Type de ménage	
Monoparentale	10,0
Biparentale	87,4
Recomposée	2,6
Perception de sa situation économique	
À l'aise/revenu suffisant	94,0
Pauvre/très pauvre	6,0

Source des données : Institut de la statistique du Québec, La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales

Annexe 7 : Portrait des participantes (Volet 2)

Tableau : Caractéristiques sociodémographiques des mères (n=17)

<i>Variables</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Âge		
18 à 25 ans	3	18
26 à 35 ans	7	41
36 et plus	7	41
Lieu de naissance		
Canada	10	59
Autre	7	41
Orientation sexuelle		
Hétérosexuelle	17	100
LGBTQ+	0	0
Niveau d'éducation complété		
Primaire/secondaire	5	29
Cégep	3	18
Université	9	53
Occupation principale		
Travail	12	70
Études	3	18
À la maison	3	18
Recherche d'emploi	2	12
Autre	2	12
Relation avec le conjoint violent		
Rupture	14	82
En couple	3	18
Nombre d'enfants		
Un	8	47
Deux	6	35
Trois	1	6
Quatre	1	6
Cinq	1	6
Garde des enfants		
Garde partagée	1	6
Garde exclusive	11	64
N'a pas la garde	1	6
En cours d'obtention de la garde exclusive	2	12
Ne s'applique pas (habite avec le père de l'enfant)	2	12

Annexe 8 : Portrait des participants (Volet 2)

Tableau : Caractéristiques sociodémographiques des pères (n=16)

<i>Variables</i>	<i>n</i>
Âge	
18 à 25 ans	0
26 à 35 ans	1
36 à 45	3
46 ans et plus	2
Lieu de naissance	
Canada	4
Autre	2
Orientation sexuelle	
Hétérosexuelle	5
LGBTQ+	1
Niveau d'éducation complété	
Primaire/secondaire	1
Cégep	2
Université	3
Occupations	
Travail	5
Études	0
À la maison	0
Recherche d'emploi	1
Relation avec la conjointe victime de VCPP	
Rupture	4
En couple	2
Nombre d'enfants	
Un	4
Deux	1
Trois	0
Quatre	1
Garde des enfants	
Garde partagée	2
Garde exclusive	0
N'a pas la garde	1
En cours d'obtention de la garde exclusive	1
Habite avec la mère de l'enfant	2

Annexe 9 : Portrait des participant·e·s (Volet 3)

Tableau : Caractéristiques sociodémographiques des pères et informations complémentaires des professionnel·le·s (n=29)

<i>Variables</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Genre		
Femmes	26	89,5
Hommes	3	10,5
Âge		
18 à 25 ans	1	3,5
26 à 35 ans	8	27,5
36 à 45 ans	12	41,5
46 ans à 55 ans	5	17
56 ans et plus	1	3,5
Données manquantes	2	7
Milieu de travail au moment de la recherche	18	62
Milieu institutionnel	6	20,5
Centre Jeunesse et DPJ	10	34,5
CLSC	2	7
Centre hospitalier	11	38
Milieu communautaire	3	10,5
Groupe de soutien aux hommes	5	17
Groupe de soutien aux femmes victimes de VC et leurs enfants	3	10,5
Centre périnatal		
Niveau d'éducation complété		
Collège (régulier ou technique)	2	7
Universitaire – premier cycle	20	69
Universitaire –cycles supérieurs	6	20,5
Données manquantes	1	3,5
Domaine principal d'études		
Service social	15	51,5
Sciences infirmières	8	27,5
Psychoéducation/ éducation spécialisée	3	10,5
Criminologie	1	3,5
Psychologie	1	3,5
Données manquantes	1	3,5

Nombre d'années d'expérience dans le poste occupé au moment de la recherche		
Moins d'1 an	2	7
Entre 1 an et 3 ans	7	24
Entre 4 ans et 10 ans	9	31
Entre 11 ans et 20 ans	8	27,5
Depuis plus de 20 ans	2	7
Données manquantes	1	3,5
Pourcentage évalué de la clientèle directement concernée par la problématique de la VCPP		
Moins de 9 %	4	14
Entre 10 et 25%	14	48
Entre 26 et 50%	3	10,5
Plus de 50%	5	17
Ne parvient pas à évaluer	2	7
Données manquantes	1	3,5
Formation en violence conjugale reçue dans les 3 dernières années		
Oui	9	31
Non	19	65,5
Données manquantes	1	3,5
À l'aise d'aborder directement la VC avec les personnes qui reçoivent le service		
Oui	22	76
Non	6	20,5
Données manquantes	1	3,5

REMERCIEMENTS

Ce projet de recherche partenarial, multicentrique, interdisciplinaire et décliné en trois volets a été réalisé grâce à la précieuse collaboration de plusieurs acteurs et actrices et le soutien de différentes institutions.

Pour commencer, toute l'équipe est reconnaissante du financement accordé par le programme d'Action concertées sur la violence conjugale mis en place conjointement par le Fonds de Recherche du Québec – Société et Culture et le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Gouvernement du Québec. Les rencontres de suivi ont été l'occasion de présenter l'avancement de nos travaux et d'avoir de riches échanges avec les personnes présentes. Nous remercions l'ensemble de nos partenaires pour leur contribution aux différentes étapes de la recherche. Nous sommes convaincues que sans eux, le projet n'aurait pas rencontré un aussi grand succès. Ainsi, nous tenons à souligner le travail remarquable des différent·e·s membres du Comité d'encadrement de la recherche ainsi que des comités dédiés aux volets.

Ensuite, nous remercions toutes les personnes qui ont accepté de participer à l'un ou l'autre des volets de la recherche. Nous remercions en particulier les 17 mères et les 6 pères pour la confiance et la générosité avec lesquelles elles et ils ont partagé leurs expériences lors d'entretiens semi-dirigés. Nous remercions également les 29 intervenant·e·s et professionnel·le·s des milieux institutionnels et communautaires pour leur participation à l'un des 6 groupes de discussion focalisée organisés dans le cadre du volet 3. Par ailleurs, le recrutement a été rendu possible grâce à la collaboration de plusieurs institutions, gestionnaires et intervenant·e·s qui ont accepté d'en faire la promotion, et nous les en remercions également.

Enfin, nous remercions toutes les étudiantes et professionnel·le·s de recherche qui ont également contribué au bon déroulement du projet, que ce soit par la coordination, les recensions des écrits, la promotion, le recrutement, la collecte de données, la retranscription, l'analyse des données ou encore les différentes modalités de transferts de résultats.

Le projet repose ainsi sur l'articulation de différentes expertises, théoriques, pratiques et expérientielles, toutes mises au service d'une meilleure compréhension de la problématique de la violence conjugale en période périnatale dans le but de dégager des connaissances originales et d'orienter la mise en pratique de mesures de sensibilisation, de prévention et d'intervention. Il s'agit donc d'un travail collectif porteur à différents niveaux et nous remercions encore une fois toutes les personnes dont la participation l'a rendu possible.

Référence suggérée pour citer le rapport :

Lévesque, S., Boulebsol, C., Lessard, G., Clément, M.-È., Fernet, M., Lavergne, C., Poissant, J., Giguère, N., Laforest, J., Bigaouette, M., Flores, J., Valderrama, A., Angers, M.-N., Dunn, M., Nault, M., et Rousseau, C. (2020). *Violence conjugale en période périnatale et parentalité : documenter et comprendre, pour mieux intervenir et soutenir*. Rapport de recherche présenté au FRQSC-MSSS. Montréal, UQAM.



Nous soulignons l'implication de plusieurs personnes qui ont quitté leur poste en cours de projet mais dont la collaboration a été précieuse : Rémi Bilodeau (début du projet à octobre 2019) puis d'André Tardif (décembre 2019 à l'été 2020) du Réseau à cœur d'homme, Louise Boucher (début du projet à octobre 2018) du Réseau des centres de ressources périnatales du Québec et Kathy Mathieu de la Table Carrefour Violence conjugale Québec-Métro (début du projet au printemps 2020).

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE A- CONTEXTE DE LA RECHERCHE	1
1. Problématique	1
2. Principales questions de recherche et objectifs poursuivis.....	3
PARTIE B – PISTES DE SOLUTION EN LIEN AVEC LES RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DE NOS TRAVAUX	5
1. Significations possibles de nos conclusions et retombées immédiates et prévues de nos travaux selon les publics et les auditoires	5
2. Limites et niveau de généralisation	7
3. Message clé et pistes de solution proposées selon les publics et les autorités visées.....	8
PARTIE C – MÉTHODOLOGIE.....	10
• Volet 1 (quantitatif/parents)	10
• Volet 2 (qualitatif/parents).....	10
• Volet 3 (qualitatifs/intervenant·e-s)	11
PARTIE D – RÉSULTATS.....	12
1. Principaux résultats obtenus	12
2. Conclusions	19
3. Contribution des travaux en termes d’avancement des connaissances	20
PARTIE E – PISTES DE RECHERCHE	22
1. Nouvelles pistes et questions de recherche	22
2. Principale piste de solution	22
PARTIE F – RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE.....	23
1. Écrits sélectionnés	23
2. Productions écrites découlant du projet de recherche.....	24
ANNEXES.....	25
Annexe 1 : Bibliographie complète	26
Annexe 2 : Infographie ISQ (Volet 1)	33
Annexe 3 : Fiche synthèse 1 (Volet 2)	37
Annexe 4 : Fiche synthèse 2 (Volet 2)	47
Annexe 5 : Fiche synthèse 3 (Volet 2)	60
Annexe 6 : Portrait des participantes (Volet 1)	70
Annexe 7 : Portrait des participantes (Volet 2)	71
Annexe 8 : Portrait des participants (Volet 2)	72
Annexe 9 : Portrait des participant·e-s (Volet 3)	73

PARTIE A- CONTEXTE DE LA RECHERCHE

1. Problématique

La violence conjugale (VC) est un problème social et de santé publique préoccupant ¹. Considérée comme une violence basée sur le genre ^{2,3}, elle peut être physique, sexuelle, psychologique, verbale, économique, spirituelle, de contrôle ou de l'ordre de la cyberviolence ⁴⁻⁶. En 2006, 11% des femmes canadiennes et 10 % des femmes québécoises qui rapportaient avoir été victimes de violence physique ou sexuelle au cours des 2 dernières années ont vécu ces événements pendant leur grossesse. Dans la majorité des cas, cette violence a été perpétrée par le partenaire intime ou l'ex-partenaire intime selon l'Agence de santé publique du Canada ⁷. Cela étant, nous ne disposons jusqu'à maintenant que de peu de connaissances empiriques pour documenter la prévalence, les caractéristiques, ainsi que les différents contextes d'occurrence de la violence conjugale en période périnatale (VCP) au Québec.

La périnatalité est une période de vulnérabilité pour de nombreux parents. La grossesse, et plus particulièrement la première grossesse, est un moment de transition important qui peut être la cause de bouleversements individuels, conjugaux et familiaux ^{8,9}. Il s'agit aussi d'une période de vulnérabilité à la VC. D'ailleurs, les hommes plus enclins à recourir à la violence seraient moins susceptibles que les autres hommes de s'ajuster aux demandes accrues générées par la transition à la parentalité et feraient face à des défis plus grands pendant la grossesse et quant à la paternité ^{10,11}.

Les facteurs de risque associés à la victimisation pendant la période périnatale, c'est-à-dire entre le moment de la conception et les deux premières années qui suivent la naissance de l'enfant, sont présents à différents niveaux ¹. Au niveau individuel, les risques d'être victime de VCP augmentent lorsque la femme est plus jeune, de statut socioéconomique précaire ou dépendante financièrement de son conjoint, qu'elle n'est pas mariée, ou appartient à un groupe minoritaire et qu'elle ou le conjoint ont des enjeux de consommation d'alcool ou de drogues ¹²⁻¹⁵. Au niveau familial et social, le caractère planifié ou non, désiré ou non de la grossesse ¹⁶, la qualité du réseau de soutien, le statut social de la femme, ainsi que les représentations culturelles des rôles de genre peuvent influencer le niveau d'acceptation et de tolérance de la violence durant la grossesse ¹⁵.

Différents contextes de vulnérabilité pourraient concourir à augmenter les probabilités de vivre de la VCP d'une part, et d'autre part, à moduler son maintien au sein du couple et ses répercussions sur la famille. À titre d'exemple, d'autres recherches menées dans le domaine de la VC, sans cibler

la période périnatale, révèlent la présence de différents types de cooccurrences : VC et mauvais traitement envers les enfants, VC et toxicomanie/consommation abusive d'alcool, ou VC et troubles mentaux ¹⁷.

La VCPP génère des impacts négatifs importants sur la santé et le bien-être des femmes et des enfants ¹⁸⁻²⁰ ainsi que sur le rôle parental, tant de la mère que du père ^{4,21}. Elle peut éventuellement contribuer à augmenter les risques de maltraitance ^{22,23}. Face à la VCPP, plusieurs femmes mettent en place des stratégies pour se protéger, elles et leurs enfants ²⁴; toutefois, dans le déploiement de ces stratégies, elles peuvent rencontrer différents obstacles. Par exemple, la séparation peut contribuer à accroître leur probabilité de vivre une escalade de VC, notamment en provoquant de vives réactions chez l'auteur de VC et entraînant une escalade de la violence ^{25,26}. D'autres choisiront de ne pas aller en maison d'hébergement à cause des difficultés qu'elles perçoivent à concilier leur rôle maternel et les exigences de la vie en communauté ²⁷. Ainsi, il importe de mieux comprendre leurs besoins et les trajectoires de demande d'aide auxquelles elles sont susceptibles de recourir pour adapter les services qui pourront leur être offerts.

Les recherches sur la VCPP ou plus largement sur la VC portent encore que trop rarement sur les expériences des pères auteurs ^{28,29}. Pourtant la prise en compte de leur trajectoire et de leur point de vue pourrait d'une part contribuer à une meilleure compréhension de la problématique dans son ensemble, et d'autre part à documenter leurs parcours dans le milieu communautaire et le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Les résultats produits pourraient également proposer des pistes pour le développement d'intervention adaptées capable de renforcer la conscientisation, la responsabilisation et la mobilisation de ces derniers, à la fois en matière de violence conjugale et de parentalité ³⁰. Dans une visée de changement social, ces données pourraient alimenter les orientations gouvernementales et les interventions de manière à mettre un terme à la VCPP et à assurer la sécurité et le bien-être des enfants et des familles.

Pendant la période périnatale, les femmes (et les hommes dans une moindre mesure) sont amenées à rencontrer assez régulièrement des professionnel·le·s du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), et ce dès le début de la grossesse. Il y a ici une opportunité pour les intervenant·e·s quant à la prévention et l'intervention en matière de VCPP ³¹. Cela étant, le manque d'outils ou de protocoles pour l'identification des situations de VC, les lacunes en terme de formation sur la problématique et la méconnaissances des ressources de soutien n'encouragent pas les pratiques de prévention, d'intervention ou de référence en la matière ^{32,33}. Au Québec, l'absence d'études récentes menées auprès des milieux institutionnels et communautaires limite aussi notre réflexion sur la concertation possible entre

ceux-ci et les défis à surmonter pour intervenir efficacement auprès des enfants et de leur famille.

À partir du paradigme constructiviste³⁶ et de la mobilisation du féminisme intersectionnel³⁷, la violence envers les femmes est ici problématisée comme relevant des inégalités sociales et historiques genrées, tout en reconnaissant leur imbrication avec d'autres rapports de domination et de discrimination (racisme, capitalisme, néo-colonialisme, etc.). La théorie des parcours de vie ³⁸ est également utilisée afin de rendre compte des trajectoires en fonction des contextes dans lesquels les expériences des femmes se déploient.

2. Principales questions de recherche et objectifs poursuivis

La recherche se décline en trois volets, lesquels répondent chacun à un ensemble de questions de recherche en ciblant trois objectifs:

Volet 1	Quelle est la prévalence de la VCPP dans la vie des mères québécoises d'enfants âgés entre 6 mois et 5 ans ? Quelles sont les caractéristiques associées à cette violence ? <ul style="list-style-type: none">• Objectif 1: Documenter la prévalence et les caractéristiques associées à la survenue de la VCPP
Volet 2	Comment la période périnatale module-t-elle les contextes et les formes de violence conjugale ? Comment la VC vécue en période périnatale affecte-t-elle la parentalité ? <ul style="list-style-type: none">• Objectif 2: Explorer les expériences, les besoins et les trajectoires de recherche d'aide des parents en contexte de VCPP, tant en lien avec la VCPP qu'avec la parentalité
Volet 3	Quels sont les défis rencontrés et les leviers identifiés par les intervenant·e-s et les professionnel·le-s quant à la prévention, le repérage, le soutien, la concertation et le référencement en lien avec la problématique de la VCPP ? <ul style="list-style-type: none">• Objectif 3: Dégager les défis et les enjeux rencontrés par les intervenant·e-s de différents secteurs de pratique ainsi que leurs points de vue sur les conditions d'efficacité des interventions destinées aux familles vivant de la VCPP

Le projet explore plusieurs des besoins transversaux identifiés dans le cadre du programme de recherche sur la VC de l'Action concertée proposée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC). Il documente différentes formes et contextes de VCPP en tenant compte du point de vue des mères victimes et des pères auteurs ainsi que des facteurs qui peuvent contribuer à leur vulnérabilité. Il produit également des connaissances à la lumière des expertises des professionnel·le·s qui travaillent auprès des familles afin de dégager des pistes favorables au renforcement de la prévention et de l'intervention en VCPP. Le projet répond en particulier à deux des trois priorités de l'axe 2 *Violence conjugale et autres problématiques parentales*. En effet, il s'intéresse spécifiquement à la période périnatale en ayant pour préoccupation de mieux comprendre les trajectoires des mères et celles des pères, alors que l'expérience des pères reste encore sous-documentée. Le projet aborde également les pratiques en matière de VCPP dans le milieu communautaire et dans le réseau de la santé et des services sociaux, sans se limiter aux ressources spécialisées en VC.

Le projet répond en complémentarité à plusieurs enjeux relevés dans le cadre du Programme national de santé publique 2015-2025 (PNSP)³⁹, et notamment à l'axe transversal relatif à la surveillance continue de l'état de santé de la population et ses déterminants ainsi qu'à l'axe d'intervention 1, relatif au développement global des enfants et des jeunes.

L'objectif principal du projet est de **bonifier les connaissances sur la VCPP et les stratégies d'interventions à déployer pour mieux soutenir les familles québécoises**. Il permet de dégager des recommandations en lien avec les obstacles et les leviers en intervention et en prévention en ce qui a trait aux soins de santé, aux services sociaux et au soutien communautaire. Il contribue à l'avancement des connaissances en lien avec :

- la définition et les contextes de la VCPP;
- la considération de la période périnatale comme un moment de vulnérabilité accrue à la VC qui affecte les trajectoires de vie des personnes concernées (mères, pères et enfants);
- l'importance de documenter et comprendre :
 - les points de vue des mères et pères sur leurs trajectoires de vie, leurs besoins et leur expérience des services;
 - les points de vue des acteurs institutionnels et communautaires impliqués afin de favoriser la sécurité et le bien-être des familles;
- la reconnaissance de la période périnatale comme une fenêtre d'opportunités pour la prévention et l'intervention en matière de VC.

PARTIE B – PISTES DE SOLUTION EN LIEN AVEC LES RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DE NOS TRAVAUX

1. Significations possibles de nos conclusions et retombées immédiates et prévues de nos travaux selon les publics et les auditoires

Ce projet de recherche partenarial est à la fois interdisciplinaire et intersectoriel. Il contribue au développement de connaissances et l’amorce de réflexions sur le renouvellement des pratiques en matière de VCPP au niveau de l’identification de sa prévalence, de ses multiples formes et des contextes de vulnérabilité associés (volet 1). Il permet une meilleure compréhension de l’expérience des femmes victimes et des hommes auteurs (volet 2). Il dresse l’état des enjeux et des leviers associés à la prévention et à l’intervention selon les perspectives partagées par des professionnel·le·s et des intervenant·e·s des milieux communautaires et institutionnels (volet 3).

Ces résultats peuvent intéresser à la fois les milieux académiques (chercheur·e·s et étudiant·e·s) et les milieux de pratique (professionnel·le·s du RSSS, intervenant·e·s communautaires, gestionnaires et décideur·e·s). L’équipe de recherche avait à cœur la diffusion des résultats de manière vulgarisée afin de contribuer à la sensibilisation d’un public plus vaste (voir les fiches synthèses en annexe). Les femmes victimes et les pères auteurs de VCPP, ou susceptibles de le devenir, pourront également bénéficier de ces résultats. Éventuellement, cela pourrait permettre de valider leurs expériences et les encourager à briser le tabou et à rechercher du soutien pour remédier à la situation. Plus largement, les résultats pourront être diffusés au grand public par l’intermédiaire de capsules d’informations, d’affiches et autres supports de communication. En ce sens, les résultats se révèlent pertinents pour les milieux de la recherche et de la pratique, mais aussi pour le développement de politiques et de pratiques organisationnelles favorables à une meilleure compréhension du phénomène et une amélioration des mesures en place pour la prévention et l’intervention.

Dans un premier temps, le projet a généré pour la première fois au Québec des données quantitatives populationnelles sur la VCPP en insérant un nouveau module dans l’enquête *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018* ⁴⁰. Ces données permettent d’estimer l’ampleur du phénomène en prenant comme assise le vécu des enfants âgés de 6 mois à 5 ans. Le chapitre spécifique sur la VCPP ⁴¹, la fiche synthèse produite par l’Institut de la Statistique du Québec (ISQ) ⁴² en collaboration avec la chercheuse principale (voir l’annexe 2), ainsi qu’un article scientifique soumis dans une revue avec comité de pairs ⁴³ permettent notamment de diffuser ces

résultats. Ces publications pourront permettre de mobiliser et d'interpeler les intervenant·e·s et professionnel·le·s qui travaillent auprès de différentes populations durant cette période et qui ne sont pas nécessairement conscient·e·s de l'importance de la VCPP. Ils pourront également encourager les décideur·e·s et les gestionnaires à orienter les politiques publiques et les programmes d'actions concertées afin de cibler les contextes de vulnérabilités les plus probants associés à la VCPP.

Dans un deuxième temps, les données qualitatives recueillies auprès de mères victimes et de pères auteurs nous informent sur la manière dont la VC se déploie particulièrement pendant cette période, en prenant en compte les impacts perçus sur la parentalité notamment. Deux articles scientifiques soumis dans des revues avec comité de pairs^{44,45} et une fiche synthèse (voir l'annexe 3) en favorisent la diffusion. Ces résultats ont également mis en lumière les différentes trajectoires d'accessibilité aux services psychosociaux pour les mères et les pères, en fonction de leurs parcours de vie, et leurs besoins spécifiques de soutien. Ils ont été diffusés par l'intermédiaire de deux fiches synthèses (voir les annexes 4 et 5). À l'avenir, il pourrait être pertinent d'intégrer les informations sur la VCPP tirées de ces résultats dans la fiche d'information sur la VC à l'intention des intervenant·e·s et professionnel·e·s de la santé en périnatalité via le Portail d'information périnatale, sous la responsabilité de l'INSPQ. Des messages-clés pourraient aussi être ajoutés dans le guide *Mieux vivre avec son enfant* (INSPQ), remis gratuitement à tous les nouveaux parents québécois lors du suivi de grossesse.

Dans un troisième temps, les besoins et les défis exprimés par les professionnel·le·s du RSSS et des milieux communautaires vont pouvoir alimenter les gestionnaires dans leurs réflexions et leurs actions au niveau organisationnel. Ils et elles seront davantage sensibilisé·e·s, entre autres, au soutien à la formation des professionnel·le·s œuvrant dans différents services et secteurs et à l'importance de favoriser la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle. Ces résultats seront diffusés, entre autres, par l'intermédiaire d'un article scientifique (en préparation). Par ailleurs, le regard informé sur les besoins organisationnels des milieux permettra éventuellement d'optimiser la réponse à la problématique de la VCPP et aux difficultés inhérentes à la parentalité dans ce contexte particulier. À partir de ces résultats, il sera éventuellement possible de soutenir le développement de formations adaptées selon les milieux ou intersectorielles afin de renforcer les connaissances générales en matière de VCPP, de soutenir l'identification des situations de VCPP et le référencement entre les professionnel·le·s et les ressources. Les résultats donnent également l'occasion de formuler des pistes de recommandations sur le renouvellement des pratiques interdisciplinaires et des concertations intersectorielles. Les retombées peuvent ainsi s'avérer

centrales pour l'amélioration de la prévention, du repérage (identification) et de l'intervention en VCPP qui ciblent les mères, les pères, mais aussi des tout-petits ainsi que pour la formation et le renforcement des compétences et des collaborations des professionnel·le·s qui les accompagnent.

Dans un quatrième temps, l'ensemble des résultats pourra alimenter les réflexions et les pratiques des partenaires de l'Action concertée qui y trouveront les bases pour le développement d'orientations et d'actions pour s'assurer que les milieux communautaires et le RSSS soient mieux outillés afin de répondre aux besoins de la population québécoise. De telles retombées s'inscrivent en concordance avec les orientations nationales émises par le gouvernement québécois dans son plus récent plan d'action en VC (Axes 1, 2 et 4) ⁴⁶. La Politique de périnatalité propose d'ailleurs de « systématiser l'examen des indices de violence conjugale et l'utilisation des outils de détection lorsque les premiers indices laissent entrevoir la présence de violence, et ce, dès le début de la grossesse, tout au long de celle-ci et en période postnatale [...] » (p.103) ⁴⁷.

Finalement, la diffusion des connaissances élaborées à partir de ce projet fait partie des retombées immédiates identifiées, notamment par le biais de trois articles soumis pour la publication dans des revues scientifiques et d'un quatrième en préparation, des rapports de recherche, de trois fiches synthèse accessibles en ligne sur le site du Centre de recherches appliquées et interdisciplinaires sur les violences intimes, familiales et structurelles (RAIV). À cela s'ajoutent sept communications à destination de publics divers, au Canada comme à l'étranger ⁴⁸⁻⁵⁴. D'autres occasions de diffusion de ces résultats sont envisagées, notamment auprès de différentes tables de concertation en VC, en parentalité ou encore en lien avec la périnatalité afin de favoriser les échanges et le renouvellement des pratiques en matière de prévention et d'intervention relative à la problématique de VCPP.

2. Limites et niveau de généralisation

Puisque chacun des volets complémentaires de la recherche repose sur une méthodologie distincte, ils n'engendrent pas les mêmes limites, ni le même niveau de généralisation. C'est pourquoi nous proposons de les présenter en fonction de chacun des volets.

Volet 1 : Deux limites principales sont associées à ce volet. La première est la possibilité de sous-déclaration des situations vécues de VCPP, notamment à cause des tabous et des préjugés qui leur sont associés, ce qui peut générer une sous-estimation du phénomène. La seconde renvoie à la nature rétrospective du devis qui permet de recueillir des données sur les expériences

de VCPP qui ont eu cours dans les 5 ans précédant l'enquête, mais qui recueille des données associées à des caractéristiques actuelles, comme la présence de symptômes liés à la dépression, le niveau de stress perçu, l'occupation d'un emploi rémunéré, etc. Cela limite l'interprétation des résultats.

Volet 2 : La participation à un entretien individuel de recherche est volontaire. Conséquemment, les pères et les mères qui ont accepté de partager leurs expériences ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble des personnes qui vivent ou ont vécu dans un contexte de VCPP. Malgré les efforts renouvelés en cours de projet pour recruter plus de père, le nombre de participants demeure très petit. De même, un biais de désirabilité sociale ainsi qu'un biais de mémoire attribuable aux cinq années de référence pourraient aussi avoir teinté leurs témoignages. Enfin, malgré notre souci d'avoir une diversité au sein de l'échantillon permettant de mobiliser un cadre d'analyse féministe intersectionnelle, la taille de l'échantillon n'est pas suffisante pour dégager une diversité de trajectoires nécessaires pour que soit mise en relation la position sociale de la mère et le vécu de VCPP.

Volet 3 : Les résultats des écrits scientifiques confirment plusieurs éléments déjà soulignés par des recherches antérieures. La méthodologie a toutefois permis de documenter le point de vue de professionnel·le·s dont les milieux et les mandats sont différents. En dépit de ces différences, ces personnes s'accordaient en termes de défis identifiés et de bonnes pratiques à privilégier en prévention, en intervention et également au niveau de l'organisation du travail. Cela étant, le fait de réunir des intervenant·e·s en groupe intersectoriel est une des forces de la démarche, considérant les défis toujours très présents quant aux occasions de concertation.

3. Message clé et pistes de solution proposées selon les publics et les autorités visées

Chercheur·e·s

Il apparaît très important de **poursuivre des travaux de recherche sur la VCPP et les variables de vulnérabilité associées, ainsi que d'approfondir les connaissances en lien avec des contextes encore peu étudiés**. Parmi eux, on peut retenir celui de la migration, des milieux ruraux souvent moins desservis ou encore des contextes de violence post-séparation. Des recherches complémentaires sont à mener sur l'intersection de la VCPP et de la parentalité, en tenant compte de toutes les formes que la VCPP revêt, ainsi que ses impacts sur l'exercice de la parentalité et sur le développement des enfants. Nous encourageons également les chercheur·e·s à continuer de mener des recherches avec des partenaires issus des milieux institutionnels et

communautaires. En effet, leurs expertises permettent d'enrichir les analyses et de s'assurer de l'application des connaissances ainsi développées pour la valorisation et l'amélioration des pratiques, la conscientisation des populations et la mobilisation des décideur·e·s et des gestionnaires.

Décideur·e·s, gestionnaires et intervenant·e·s

Comme d'autres travaux ^{34,55,56}, cette recherche démontre **l'importance de mettre en place des protocoles de repérage et d'intervention dans tous les secteurs amenés à travailler auprès de famille pendant la période périnatale, et ce dès le début de la grossesse et après la naissance de l'enfant.** Pour ce faire, l'organisation du travail doit être aménagée pour permettre aux professionne·le·s de disposer du le temps et la formation pour ces pratiques à la fois auprès des mères, des pères et des tout-petits. Afin de favoriser une intervention adéquate, la mise en place d'équipes interdisciplinaires et la collaboration intersectorielle sont à privilégier afin que les femmes, les enfants et les pères puissent être accompagnés adéquatement et à plus long terme qu'elles et ils ne semblent l'être pour le moment. Des ressources financières et humaines sont à renforcer afin d'éviter la surcharge de travail et l'épuisement des professionnel·le·s oeuvrant en périnatalité et en VC. Les professionnel·le·s devraient pouvoir avoir accès régulièrement à des formations spécialisées sur la VC en général et la VCPP en particulier afin de mieux comprendre toutes les formes de VCPP dont le contrôle et la violence psychologique ⁵⁷ et d'être mieux outillé·e·s pour interagir avec les familles concernées. De la même manière, ils et elles devraient être encouragé·e·s à contribuer à des alliances intersectorielles que ce soit par la mise en place d'ententes entre organismes ou services ou encore par la collaboration à des tables de concertation. Ce sont là quelques-uns des moyens qui apparaissent les plus efficaces afin de favoriser une analyse de la VCPP et des pratiques plus cohérentes pour la sensibilisation, le repérage et l'intervention en matière de VCPP.

PARTIE C – MÉTHODOLOGIE

Les principaux éléments méthodologiques associés à chacun des volets sont présentés dans cette section.

- **Volet 1 (quantitatif/parents)**

L'enquête *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018* est une enquête représentative provinciale ciblant les enfants de 6 mois à 17 ans qui vivent dans un ménage privé. Un questionnaire administré au téléphone de façon anonyme permet de recueillir des données sur l'enfant-cible et la figure parentale (maternelle ou paternelle) déclarante. Dans le cas spécifique de la VCPP, le chapitre additionnel dans cette édition de l'enquête, les questions ciblant cette violence ont été posées aux mères biologiques d'enfants âgés de 6 mois à 5 ans (n = 1264). Les données ont été pondérées afin de représenter cette population dans la province du Québec. (Pour plus d'information sur le plan de sondage, les outils de mesures utilisés ou le traitement des données, consulter le rapport [Méthodologie de la 4e édition de l'enquête](#)⁵⁸). (Une description des participantes est disponible à l'annexe 6).

- **Volet 2 (qualitatif/parents)**

Pour répondre aux objectifs liés au volet 2, des entretiens individuels semi-dirigés ont eu lieu avec des pères et des mères. Pour participer, les personnes devaient : 1) avoir plus de 18 ans ; 2) être le parent biologique d'un enfant avec qui il y a eu des contacts réguliers dans la dernière année ; 3) se reconnaître comme victime (mères) ou auteurs (pères) de VCPP dans les cinq dernières années.

Le recrutement a reposé sur plusieurs stratégies complémentaires : vidéo de promotion, rencontres avec des gestionnaires et des cheffes d'équipe des milieux de la santé et des services sociaux, diffusion d'affiches sur les sites web, réseaux sociaux ou dans les locaux d'organismes œuvrant en VC, auprès d'hommes ayant des comportements violents ou auprès des parents. Des intervenant·e·s étaient encouragé·e·s à parler de la recherche avec des mères et des pères qui correspondaient aux critères d'inclusion.

Au total, 17 mères et 6 pères ont été rencontrés entre mars 2018 et juillet 2019, le plus souvent dans les locaux de recherche universitaire, et dans une moindre mesure dans des lieux choisis par les participant·e·s ou via un logiciel de vidéoconférence (Zoom). (Une description des participant·e·s est disponible aux annexes 7 et 8).

Les principaux thèmes abordés étaient leur contexte relationnel, le caractère planifié ou non de la grossesse, les manifestations de la violence, les impacts

perçus de cette violence sur le bien-être, la santé et la parentalité. À la suite des entrevues, un questionnaire d'informations complémentaires, essentiellement sociodémographiques, a été rempli.

Avec l'accord des participantes, toutes les entrevues ont été retranscrites dans leur intégralité, anonymisées puis codifiées de façon verticale à l'aide du logiciel NVivo12. Un résumé et une représentation graphique de chacune des trajectoires ont également été réalisés. Le contenu des entretiens a été analysé en s'inspirant de l'analyse thématique ⁵⁹.

- **Volet 3 (qualitatifs/intervenant·e·s)**

La collecte de données pour le volet 3 repose sur l'organisation de groupes de discussion focalisée entre des professionnel·le·s et des intervenant·e·s œuvrant dans des contextes différents. Les critères d'inclusion étaient les suivants : être intervenant·e·s ou professionnel·le·s œuvrant auprès des mères ou des pères ayant un vécu en lien avec la VC ou exerçant en contexte de périnatalité, dans les deux régions administratives de Montréal et de la Capitale-Nationale.

Une vidéo de présentation du projet a été diffusée auprès des milieux visés, des affiches ont été partagées, des courriels d'invitation transmis et quelques présentations ont été faites au sein de différentes équipes de professionnel·le·s et de gestionnaires. Il était visé de rejoindre 42 intervenant·e·s. Finalement, sur les 40 personnes recrutées, 29 ont pu participer entre décembre 2019 et mars 2020 en présence ainsi que par Zoom, puis la pandémie de la covid-19 survenue à cette période a mis un terme au recrutement. (Une description des participant·e·s est disponible à l'annexe 9).

Un guide de discussion a été utilisé pour aborder plusieurs thèmes : les pratiques de repérage de la VCPP, les défis dans l'intervention, les leviers et les obstacles dans la collaboration avec d'autres professionnel·le·s ou ressources et les recommandations quant à l'amélioration des pratiques. Un formulaire d'informations complémentaires a été rempli par les intervenant·e·s.

Avec leur accord, les discussions ont été enregistrées sur support audionumérique, puis entièrement retranscrites et anonymisées. Par le biais du logiciel NVivo, les données ont ensuite été codifiées pour dégager des noyaux de sens selon une logique interprétative fine et inductive, selon un processus d'aller-retour entre les membres de l'équipe de recherche.

- **Certifications éthiques et convenances institutionnelles**

Une certification éthique universitaire (2490_e_2018), une certification éthique multicentrique (MP-DIS-1718-39) et quatre convenances institutionnelles pour les sites ciblés par les volets 2 et 3 ont été obtenues.

PARTIE D – RÉSULTATS

1. Principaux résultats obtenus

Volet 1 (quantitatif-parents)

Les résultats du premier volet nous permettent de dégager trois principaux constats. Premièrement, la VCPP n'est pas un événement hors du commun. Au Québec, il est estimé qu'environ une mère sur dix en est victime (10,9%) (voir tableau 1). Environ 1,3 %** des mères ont subi de la VC durant la grossesse uniquement, toutes formes de violence confondues. Environ 4,1 % des mères ont été victimes de VC uniquement après la naissance de l'enfant. Pour 6 % des mères, cette violence a été vécue à la fois durant la grossesse et après la naissance de l'enfant.

Tableau 1. Prévalence de violence conjugale envers la mère au cours de la période périnatale, enfants de 6 mois à 5 ans, Québec, 2018

	Pendant la grossesse uniquement	Après la naissance de l'enfant uniquement	Pendant la grossesse et après la naissance de l'enfant	Total (violence conjugale en période périnatale)
	%			
Violence physique	0,9**	1,4*	1,4*	3,7
Violence sexuelle	0,4**	0,4**	0,5**	1,2**
Violence psychologique et verbale	1,0**	3,7	4,3	9,1
Violence de contrôle	0,9**	1,8*	2,2*	5,0
Violence financière	0,1**	0,4**	0,9**	1,3*
Au moins une forme de violence	1,3**	4,1	5,5	10,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales, p. 109 ⁴⁰

Deuxièmement, certaines mères vivent plusieurs formes de VCPP simultanément. Environ 5 % des mères ont vécu une forme de violence, 3,2 %* en ont vécu deux et 2,6 %* en rapportent trois ou plus (voir tableau 2). Lorsque l'on s'attarde aux formes de violence, près d'une mère québécoise sur 10 (9 %) a été victime de violence psychologique et verbale en période périnatale, 5 % des mères ont vécu de la violence de contrôle, 3,7 %, de la violence physique, 1,2 %**, de la violence sexuelle et 1,3 %*, de la violence financière.

Tableau 2. Concomitance des formes de violence conjugale envers la mère au cours de la période périnatale, enfants de 6 mois à 5 ans, Québec, 2018

	%
Aucune forme de violence	89,1
Une forme de violence	5,1
Deux formes de violence	3,2*
Trois formes de violence ou plus	2,6*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales, p. 110 ⁴⁰.

Troisièmement, certains facteurs sont associés à une probabilité accrue d’avoir vécu de la VCPP. Les femmes âgées de moins de 25 ans au moment de leur accouchement, celles ayant une problématique de consommation de drogues ou d’alcool ou encore celles rapportant vivre des symptômes de dépression étaient plus à risque de vivre de la VCPP que celles ne rencontrant pas ces caractéristiques. Au niveau social et environnemental, le fait d’être en situation de monoparentalité, de vivre un niveau élevé de stress associé au rôle parental, de ne pas avoir bénéficié d’une éducation post-secondaire ou encore de vivre dans un quartier pour lequel l’indice de défavorisation matérielle se situe dans les quantiles défavorisés étaient associés à un risque accru de vivre de la VCPP ⁴³.

Volet 2 (qualitatif-parents)

Les résultats du deuxième volet permettent de dégager plusieurs constats, articulés autour des expériences et manifestations de VCPP et la parentalité, ainsi que les trajectoires et les expériences de services des participant-e-s. Nous présentons les 4 plus saillants pour les mères et 3 pour les pères.

Mères

Premièrement, les participantes ont rapporté que tout au long de la période périnatale, la VC avait escaladé en prenant différentes formes et en engendrant des conséquences de plus en plus importantes pour elles et leur(s) enfant(s). Presque toutes les femmes rencontrées ($n=15$) avaient vécu au moins un épisode de VC avant qu’elles ne deviennent enceinte, toutes en ont vécu pendant leur grossesse et 16 sur les 17 rencontrées en ont également vécu dans les deux années suivant la naissance de l’enfant.

Et puis, à partir de là, ça a commencé, vraiment des coups, de partout, ça pleuvait... à chaque fois qu'on avait un malentendu, il répondait par des coups... (M10)

La violence est devenue dix fois pire [...] C'était horrible. Quelqu'un venait de prendre sa place. C'était la haine, là! C'était épouvantable. (M1)

Quelques femmes ($n=4$) rapportent aussi avoir vécu de la violence psychologique, verbale ou physique pendant leur accouchement :

J'suis en train d'accoucher. J'ai des contractions et j'dois courir autour de la table avec des contractions parce qu'il essaie de m'étrangler. (M5)

Deuxièmement, cette violence est vécue dans un contexte où elles sont les principales responsables de la famille, générant ainsi une charge mentale et physique importante. En effet, leurs témoignages révèlent que, dans la majorité des cas, le père se désinvestit de sa paternité et attribue à la mère la responsabilité des soins au bébé. De plus, cette responsabilité inclut aussi l'organisation domestique:

J'étais couchée avec le bébé, je l'allaitais. « Laisse cet enfant, là, va cuisiner! L'enfant n'est pas une poupée, et tout, depuis qu'il est là, c'est comme tu t'en fous de... ». (M10).

Si je prenais ma douche, il était avec l'enfant devant la porte. Pis là, il le faisait pleurer. [...] Il restait là, puis il disait : « Ben, dépêche-toi! » [...] Je n'avais pas de break (M8).

Troisièmement, l'expérience parentale des femmes est ébranlée par celle de la VCPP. Non seulement les femmes sont quasiment seules à s'occuper de leurs enfants, mais à cela s'ajoutent aussi le stress et la détresse occasionnés par la violence et leur désir de protéger les enfants, que ce soit pendant la relation ou après la rupture. Près de la moitié des participantes ($n=7$) ont d'ailleurs évoqué explicitement un état de vigilance et d'alerte constant. Certaines mères ont évoqué que la VCPP contribuait à fragiliser le lien affectif qu'elles avaient avec leur enfant. Plusieurs ont fait part d'une forme de culpabilité ressentie à l'effet qu'elles estimaient ne pas pouvoir passer assez de temps avec leur enfant, contraintes de conjuguer plusieurs responsabilités dans ce contexte :

Quand j'étais là, je voulais être là avec elle parce que justement, j'avais l'impression que je manquais tellement parce qu'il fallait que je m'occupe de tout le reste là. (M11)

Quatrièmement, la période périnatale offre des occasions d'aborder la VC. La majorité des participantes ont eu plusieurs occasions de rencontrer des intervenant·e·s pendant la grossesse. Par exemple, presque toutes (n=15) ont eu des contacts pour leur suivi de grossesse avec des professionnel·le·s du RSSS et plus d'un tiers ont rencontré des intervenant·e·s communautaires pour aborder la VC ou recevoir du soutien socio-économique. La même proportion a été en contact avec la police à cette période. Après la naissance de l'enfant, toutes ont eu recours à des services dans des organismes communautaires (n=14) ou dans le RSSS (n=13). Elles sont plus nombreuses à avoir vécu dans des maisons d'hébergement après l'accouchement (n=9) qu'avant d'avoir donné naissance (n=3). Quelques-unes ont également eu des interactions avec des représentant·e·s de la DPJ (n=6).

Plusieurs rapportent qu'elles auraient souhaité que la VCPP soit plus directement abordée, que la continuité et l'accessibilité des services soient davantage assurées pour toutes, que ce soit pendant la relation de VC ou en situation de post-séparation. L'analyse plus approfondie des résultats relatifs aux trajectoires de services des femmes rencontrées est présentée en annexe 3 dans la fiche dédiée à cet aspect.

Pères

Premièrement, en dépit du petit nombre de pères rencontrés (n=6), trois trajectoires ont été dégagées afin de rendre compte des expériences de VCPP agie par les pères rencontrés. Certains (n=3) ont commencé à exercer de la violence et ont continué pendant la grossesse et après la naissance. Un participant en a exercé antérieurement à la période périnatale et a arrêté de le faire avant la fin de la grossesse, alors que deux autres rapportent avoir débuté les comportements violents après la naissance de l'enfant.

Tableau 3 Représentation des trajectoires de violence agie par les pères

	VC avant la grossesse (n=4)	VC pendant la grossesse (n=4)	VC après la grossesse (n=5)
Trajectoire 1 (n=3)			
Trajectoire 2 (n=1)			
Trajectoire 3 (n=2)			

Tous les pères rencontrés ont mentionné avoir exercé des comportements de violence psychologique et verbale à l'endroit de leur conjointe pendant la période périnatale par le biais d'insultes ou de remises en question relatives à la santé mentale des mères, leur apparence physique ou leurs capacités intellectuelles. Quelques-uns ont évoqué des épisodes de violence physique et un participant a reconnu avoir fait preuve de coercition sexuelle (pour en connaître davantage, se référer à la fiche *Expériences et discours-pères*⁶⁰ à l'annexe 4). Si tous se reconnaissaient comme auteurs de VCPP, ce qui était un des critères d'inclusion, le discours de plusieurs comportait par endroits des effets d'atténuation, voire de déresponsabilisation comme l'illustrent ces quelques extraits : « *J'ai juste perdu le contrôle* » (P3) ; « *[...] pis elle me rendait agressif* » (P2).

Deuxièmement, la majorité des participants rapportent apprécier le fait d'être père et plusieurs reconnaissent qu'ils doivent davantage développer leurs compétences parentales.

« C'était vraiment le meilleur cadeau, je me sentais très fier de pouvoir être papa. Et je pense que ça m'a beaucoup aidé à comprendre que je devais vraiment faire un changement dans ma vie, que je devais vraiment penser aux autres et pas juste moi. » (P4)

Toutefois, les pères qui ont exercé de la violence en période postnatale estiment avoir pu le faire en présence d'un ou plusieurs enfants, et trois répondants ont mentionné avoir fait usage de violence verbale ou physique envers ces derniers.

Troisièmement, tous les participants ont eu recours au soutien d'intervenants du milieu communautaire ou du RSSS pendant la période périnatale pour aborder la VC, leur paternité et, dans une moindre mesure, ces deux sujets combinés. Ils ont mentionné plusieurs éléments à l'origine de leur prise de conscience quant à la nécessité de recourir à des services, tels que le constat que leur violence s'intensifiait; que leur conjointe ne pouvait plus le supporter et décidait de le quitter; qu'un signalement à la DPJ avait été fait en raison des conséquences de la VCPP sur les enfants ou encore une expérience antérieure de service positive. Plusieurs ont également rapporté le décalage qu'ils ressentaient entre le père qu'ils souhaitaient être et celui qu'ils étaient au quotidien ou qu'ils risquaient de devenir s'ils continuaient d'exercer de la violence, constituant selon eux une motivation à modifier leurs comportements. Les services (individuels ou en groupe, mais le plus souvent en complémentarité) ont eu différents impacts perçus dont la conscientisation face à la VCPP, leur responsabilisation, la modification de leurs comportements et la construction d'une forme de paternité se voulant exempte de violence et

davantage compatible avec leur idéal. (Pour en connaître davantage, se référer à la fiche *Services et recommandations-pères*⁶¹ à l'annexe 5).

Volet 3 (qualitatif-intervenant·e·s)

Les résultats du troisième volet permettent de compléter le tableau dressé à partir des deux premiers volets en s'appuyant, cette fois-ci, sur les expériences et les expertises partagées par les intervenant·e·s des milieux communautaires et du RSSS qui travaillent en contexte de VC ou de périnatalité. Quatre principaux constats sont mis de l'avant.

Premièrement, la grande majorité des intervenant·e·s. s'accorde pour dire que les suivis périnataux peuvent être l'occasion de repérer ou d'intervenir en VC, mais que la plupart du temps ce n'est pas le cas, faute d'outil, de formation ou de temps. Par exemple, les questionnaires administrés aux femmes à leur arrivée et à leur départ d'un lieu d'accouchement pourraient éventuellement permettre aux femmes de se confier. Il s'agit de questionnaires généraux portant sur l'état de santé (ex : antécédents médicaux), l'âge, la qualité de la relation avec le partenaire, leur potentiel isolement, etc. Mais selon des répondant·e·s, il est très rare qu'ils mènent à un dévoilement, notamment parce qu'ils sont remplis très rapidement, qu'aucun suivi particulier ne semble effectué par la suite et que les professionnel·le·s ne sont pas toujours outillés pour approfondir certains thèmes estimés « sensibles » comme en témoigne cet extrait : « *Ça amène plusieurs infirmières, comme moi des fois, à ne pas être nécessairement à l'aise de poser en profondeur les questions sur leur relation avec leur partenaire* » (G1, P1).

Comme il n'existe pas de protocole dans la plupart des milieux, plusieurs participant·e·s ont mentionné que l'identification de la VCPP était laissée à la discrétion des professionnel·le·s. Les contextes d'intervention, leurs expériences personnelles et professionnelles vont alors influencer leur décision de procéder ou non. Aussi, il arrive que le repérage se fasse par étape et par l'intermédiaire de plusieurs professionnel·le·s. Par exemple, un médecin inscrit dans un dossier « *suspicion de VC* » et c'est ensuite à l'infirmière ou à l'intervenant·e social·e de poursuivre l'évaluation éventuellement ou de proposer une référence (G3, P4). Dans ce cas, les femmes dirigées par le personnel soignant peuvent choisir, ou non, de poursuivre un suivi psychosocial. Toutefois, ce ne sont pas toutes les femmes qui sont dirigées vers un suivi individuel qui pourront bénéficier de ce soutien en raison de la rareté des ressources et des délais pour l'accès à des services ou des interventions adaptées. Les situations ayant fait l'objet d'un signalement sont priorisées.

Deuxièmement, il n'est pas toujours évident de repérer la VCPP, que ce soit en interagissant avec les mères ou encore les enfants de moins de deux ans. En l'absence de dévoilement, il arrive que les professionnel·le·s aient de la difficulté à identifier des indices susceptibles de les mettre sur la voie d'une investigation plus approfondie. Tous les participant·e·s s'accordent sur le fait que la VCPP engendre des conséquences sur les enfants et qu'il est important de les observer pour en mesurer l'ampleur. Selon ces intervenant·e·s, vivre de la VCPP engendre beaucoup de stress, voire de la détresse, pour les mères et conséquemment pour les jeunes enfants: « *Le stress de la mère peut faire que le bébé peut le ressentir plus* » (G1, P4). Selon plusieurs, cela peut aussi avoir des impacts au niveau de l'attachement entre la mère et le bébé. Par exemple, l'un·e des participant·e·s mentionne : « *[O]n sous-estime toute la fragilité qu'on vient causer chez un enfant qui a moins de deux ans puis qui est exposé de façon récurrente à ça* » (G4, P2).

Or, les enfants âgés de 0 à 2 ans ne peuvent pas verbaliser ou nommer clairement ce qu'ils vivent à la maison : « *Surtout dans le bas âge, ces enfants-là ne s'expriment pas, mais sentent l'atmosphère, la sécurité. [...] Ce sont des petites éponges* » (G1, P3). Il est possible alors de les observer ou de consulter les personnes qui gravitent autour comme les éducatrices en milieu de garde. Les professionnel·le·s rencontré·e·s estiment conséquemment qu'il est important de se concentrer sur différents signes qui peuvent indiquer la présence de VCPP. Pour ce faire, les participant·e·s ont partagé plusieurs éléments qui indiquent la nécessité d'une évaluation plus approfondie. Parmi eux, on peut retenir les situations où les enfants présentent « des difficultés au niveau du contact visuel »; « des difficultés d'attachement »; donnent l'impression d'être « extrêmement nerveux », « réactifs » ou « tendus constamment »; [des] « situations de protection ou d'urgence »; des « coliques ou vomissements » (qui n'ont pas de raisons physiques au niveau médical), ou encore des problèmes d'alimentation; une perte de poids; un arrêt au niveau du langage.

Troisièmement, bien que toutes et tous favorisent le travail intersectoriel, les disparités de missions entre les organismes et de mandats entre les professionnel·le·s, mais aussi les différences d'analyse quant à la VC et les impacts sur la parentalité semblent constituer des freins aux collaborations entre organismes. Là où certain·e·s parleront de conflits de séparation, d'autres évoqueront de la violence; là où des intervenant·e·s essaieront de maintenir le lien du père avec les enfants alors que la VCPP a été dévoilée, d'autres estiment que c'est là une marque d'une mécompréhension de la définition d'un parent adéquat et que c'est une mise en danger de la mère et des enfants. Selon les professionnel·le·s rencontré·e·s, les disparités au niveau des analyses et des pratiques contribuent aussi à

confondre les mères et les pères sur ce qu'ils devraient, ou non, partager selon les contextes d'intervention. Par ailleurs, des intervenant·e·s de la DPJ mentionnent que des professionnel·le·s d'autres ressources ont parfois peur de les rencontrer ou de leur communiquer de l'information, qu'ils et elles gardent une réserve par méfiance. À leurs yeux, cela représente un obstacle dans la collaboration et la mise en place d'un filet d'intervention autour des familles. Des enjeux de confidentialité et de sécurité limiteraient également l'échange.

Quatrièmement, les intervenant·e·s sont confronté·e·s à des enjeux structurels dont des ressources financières insuffisantes et des ressources humaines instables, le manque de formation et le manque de participation à des lieux de supervision et de concertation. Le manque de financement contribue à de plus longs délais d'attente, notamment pour l'accès à des lieux d'hébergement sécuritaires pour les femmes et leurs enfants, mais cela a aussi un impact sur la distribution des ressources humaines au sein des équipes. La surcharge de travail et la mise à disposition de délais parfois trop courts pour des interventions compromettent aussi le repérage ou la possibilité de faire adéquatement des références. Le roulement du personnel entraîne également la perte d'une expertise, des lacunes dans le transfert des informations et des dossiers, l'appauvrissement du réseau de collaboration entre les professionnel·le·s et les organismes ou les services. Plusieurs évoquent avoir souvent le sentiment de devoir « recommencer à zéro » (G5, P1). Cela contribue aussi à l'augmentation de la charge de travail pour les intervenant·e·s. De plus, la lourdeur administrative est difficile pour les intervenant·e·s qui estiment parfois que leur temps serait mieux investi auprès des familles : « *Les tâches administratives sont de plus en plus affreuses. On est dans la performance comme ça ne se peut pas* » (G3, P2).

2. Conclusions

Les résultats obtenus lors de cette action concertée en VC démontrent, hors de tout doute, que la VCPP est une problématique sociale et de santé publique importante au Québec. Elle serait vécue par plus d'une mère sur dix, toutes formes confondues. Tant les données quantitatives que qualitatives recueillies illustrent que la VC se manifeste à toutes les étapes de la période périnatale, soit pendant la grossesse et suivant la naissance de l'enfant. Pour plusieurs femmes rencontrées, elle aurait aussi précédé la survenue de la grossesse.

La VCPP est plus susceptible de se produire dans la vie des femmes lorsque ces dernières sont jeunes, peu scolarisées, socialement isolées, avec

un revenu faible et vivant dans des milieux dont le quantile de défavorisation matérielle est plus élevé comparativement à celles qui ne partagent pas ces caractéristiques. Les problématiques de consommation d'alcool et de drogues, ainsi que les troubles de santé mentale sont également associées à la survenue de VC, à la fois pour les femmes victimes et les hommes auteurs.

La VCPP compromet l'exercice de la parentalité pour les mères, prises entre la volonté de maintenir l'idéal familial et du couple, la nécessité de se protéger elles et leurs enfants et l'ambivalence quant à la place à laisser ou non au conjoint ou ex-conjoint dans l'éducation et les soins aux enfants. La VCPP intervient également dans l'exercice de la paternité, d'une part lorsque les hommes sont violents devant ou envers les enfants et d'autre part dans la réalisation d'un modèle de paternité non-sexiste et adéquat pour assurer la sécurité physique et affective des tout-petits. Les pères auteurs de VCPP rapportent que la conscientisation et la responsabilisation quant à leurs gestes demande du temps et du soutien afin qu'ils soient en mesure d'en prendre la pleine mesure et éventuellement d'entreprendre un véritable changement.

Les professionnel·le·s des milieux communautaires et du RSSS révèlent qu'il n'est pas toujours évident de repérer la VCPP et d'intervenir ensuite pour protéger les victimes, tout en reconnaissant l'importance d'offrir aussi des services aux hommes auteurs. Ils et elles recommandent une plus grande accessibilité à des services diversifiés et complémentaires pour les mères et les enfants, mais aussi pour les pères qui ne sont pas toujours faciles à rejoindre ou à mobiliser.

Enfin, la période périnatale, au-delà de la vulnérabilité qu'elle peut entraîner chez les parents, se révèle une période où les mères, les pères et les enfants sont en contact régulier avec des services. C'est donc une période riche d'opportunités pour la prévention et l'intervention. Il est recommandé de renforcer la mise en place d'outils et de protocoles pour le repérage et l'intervention en la matière en augmentant les occasions de sensibilisation pour le grand public et de formation pour les professionne·le·s. Il est également recommandé de favoriser les collaborations interdisciplinaires et intersectorielles. Ainsi, des pratiques pourraient être initiées ou consolidées pour mieux prévenir la VCPP et intervenir tant au niveau de la VC en elle-même que de la parentalité dans ce contexte.

3. Contribution des travaux en termes d'avancement des connaissances

Les résultats issus des trois volets complémentaires de ce projet de recherche nous permettent assurément d'avoir une meilleure compréhension

de la problématique sociale et de santé publique importante qu'est la VCPP. Ils nous renseignent sur sa prévalence au Québec, la manière dont la parentalité est affectée par la VCPP pour les femmes victimes, mais aussi pour les hommes auteurs, ainsi que sur les multiples contextes de vulnérabilités qui contribuent à en moduler les formes et les conséquences.

Ils nous permettent également de comprendre et de cibler la période périnatale comme une fenêtre de vulnérabilité pour les familles, mais aussi comme une opportunité pour prévenir, repérer et intervenir en matière de VCPP, et ce, malgré les défis et les enjeux associés au développement et à la mise en œuvre de pratiques professionnelles et organisationnelles⁵⁵.

Les résultats rejoignent d'autres études en ce qui concerne notamment l'identification de la grossesse comme une période à risque d'escalade de la violence^{14,63,64} ou encore les conséquences de la VCPP sur le bien-être des femmes^{4,63,65-67}. Cela étant, la présente recherche révèle que l'accouchement est un contexte particulier lors duquel des hommes peuvent exercer de la violence psychologique, verbale ou physique à l'endroit de leur conjointe.

Bien que la portée des résultats tirés des données qualitatives soit limitée en raison particulièrement des échantillons restreints sur lesquels l'analyse se base, ils permettent de contribuer à l'avancement des connaissances en ce qui a trait à l'expérience des pères auteurs de VCPP. En effet, il en ressort que, dans la trajectoire de ces hommes, de nombreuses portes d'entrée vers des services pourraient être prises en compte pour la prévention, le repérage ou l'intervention, que ce soit lors des cours prénataux, des rencontres de suivi de grossesse ou des rencontres dans les milieux institutionnels ou communautaires suite à la naissance. Lorsque les pères réalisent la gravité de leurs gestes et commencent à se conscientiser sur les impacts de la VCPP sur leur conjointe, mais surtout sur leurs enfants, plusieurs obstacles ont été rapportés, tant par ceux qui ont été rencontrés que par les professionnel·le·s amené·e·s à interagir avec eux. Ici, on peut retenir la peur du stigma, l'influence encore forte de normes sexistes entourant la masculinité et la paternité et la peur de ne plus être en contact avec leurs enfants. Ce sont là quelques-uns des freins identifiés quant à leur mobilisation et la mise en œuvre d'action dans le but de changer leur comportement en profondeur.

PARTIE E – PISTES DE RECHERCHE

1. Nouvelles pistes et questions de recherche

La réalisation de cette recherche nous a permis de réfléchir collectivement à plusieurs angles morts et pistes de recherche qui pourraient être abordées dans des recherches futures. Deux pistes prometteuses sont ici ciblées.

Premièrement, en réponse au devis transversal utilisé pour documenter la présence de VCPP, il serait intéressant d'obtenir des données quantitatives et qualitatives longitudinales sur la VC qui incluraient notamment la période périnatale et les premières années de vie de l'enfant. Ces données favoriseraient une compréhension plus sensible du parcours de vie en regard de la violence subie et de la parentalité, en plus de pouvoir mieux documenter les conséquences perçues de la violence et leur évolution. Les professionnel·le·s du RSSS et les intervenant·e·s communautaires rencontré·e·s ont aussi mentionné leurs besoins de connaissances sur les répercussions pouvant être observées chez les très jeunes enfants, une lacune importante dans les écrits scientifiques qui les limitent dans leurs interventions.

Deuxièmement, une plus grande diversité en ce qui a trait à la composition des échantillons et des variables incluses dans les enquêtes permettrait d'identifier les positionnements sociaux et les oppressions. Ainsi, on éviterait d'amalgamer les expériences selon un modèle homogénéisé. Cela permettrait de rendre compte des vécus de femmes et d'hommes davantage marginalisés, de renseigner de manière plus fine les différentes manifestations et contextes de la VCPP et d'en tenir compte pour adapter les pratiques dans une perspective de recherche appliquée.

2. Principale piste de solution

À la lumière des résultats des trois volets de cette recherche, la sensibilisation d'un large public, dont les parents, et la formation des professionnel·le·s du RSSS et des intervenant·e·s communautaires en lien avec la VCPP nous semblent être les deux pistes complémentaires à privilégier. L'analyse des résultats de la recherche permet de réitérer la nécessité de susciter une prise de conscience à l'effet que la VCPP est une problématique sociale et de santé publique qui exige une action intégrée et intersectorielle appuyée par les décideur·e·s, les gestionnaires, les intervenant·e·s et la population en général. En d'autres mots, **il s'agit avant tout d'informer et de former sur la VCPP.**

PARTIE F – RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

Nous présentons ici quelques écrits sélectionnés, ainsi que les productions associées au présent projet de recherche (voir la bibliographie complète à l'annexe 1).

1. Écrits sélectionnés

- Baird, K., Creedy, D. K., Saito, A. S., & Eustace, J. (2018). Longitudinal evaluation of a training program to promote routine antenatal enquiry for domestic violence by midwives. *Women and Birth, 31*(5), 398-406. doi:<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.01.004>
- Buchanan, F., & Humphreys, C. (2020). Coercive Control During Pregnancy, Birthing and Postpartum: Women's Experiences and Perspectives on Health Practitioners' Responses. *Journal of Family Violence*. doi:10.1007/s10896-020-00161-5
- Daoud, N., Urquia, M. L., O'Campo, P., Heaman, M., Janssen, P. A., Smylie, J., & Thiessen, K. (2012). Prevalence of Abuse and Violence Before, During, and After Pregnancy in a National Sample of Canadian Women. *American Journal of Public Health, 102*(10), 1893-1901.
- Hill, A., Pallitto, C., McCleary-Sills, J., & Garcia-Moreno, C. (2016). A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *Int J Gynaecol Obstet, 133*(3), 269-276. doi:10.1016/j.ijgo.2015.10.023
- Howard, L. M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., & Feder, G. (2013). Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med, 10*(5), e1001452. doi:10.1371/journal.pmed.1001452
- James, L., Brody, D., & Hamilton, Z. (2013). Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. *Violence and Victims, 28*(2), 359-380.
- Saltzman, L., Johnson, C. H., Gilbert, B. C., & Goodwin, M. M. (2003). Physical abuse around the time of pregnancy: An examination of prevalence and risks factors in 16 states. *Maternal and Child Health Journal, 7*(1), 31-43.
- Taillieu, T. L., & Brownridge, D. A. (2010). Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior, 15*, 14-35.

2. Productions écrites découlant du projet de recherche

- Lévesque, S., & Julien, D. (2019). « *Violence conjugale en période périnatale* » dans *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4e édition de l'enquête*. Retrieved from Québec: <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/environnement-social/violence-familles/violence-familiale-2018.pdf>
- Lévesque, S., Medvestkaya, A., Julien, D., Clément, M.-È., & Laforest, J. (2020, soumis). Prevalence and Correlates of Intimate Partner Violence in the Perinatal Period in a representative Sample of Quebec Mothers. *Violence and Victims*.
- Lévesque, S., Boulebsol, C., Lessard, G., Bigaouette, M., Fernet, M., et Valderrama, A., (2020, Soumis), Portrayal of domestic violence trajectories during the perinatal period, *Violence Against Women*
- Lévesque, S., Rousseau, C., Lessard, G., Fernet, M., Bigaouette, M., Valderrama, A., & Boulebsol, C. (2020, soumis). Qualitative Exploration of the Influence of Domestic Violence on Motherhood in the Perinatal Period. *Journal of family violence*.
- Boulebsol, C., Lévesque, S., Rousseau, C., Lessard, G., avec la collaboration de Laforest, J., Poissant, J., & l'équipe de recherche du projet « VCPP ». (2020). *L'expérience de services et de soutien en période périnatale : point de vue des femmes victimes de violence conjugale*, Fiche synthèse, Centre de recherches appliquées et interdisciplinaires sur les violences intimes, familiales et structurelles : https://www.raiv.ulaval.ca/sites/raiv.ulaval.ca/files/publications/fichiers/Fiche_Synthese_26_FINAL_WEB.pdf
- Boulebsol, C., Lévesque, S., Lessard, G., avec la collaboration de Laforest, J., & l'équipe de recherche du projet «VCPP». (2020). *Violence conjugale en période périnatale : Expériences et discours sur la violence et la paternité d'hommes se reconnaissant comme auteurs*, Fiche synthèse, Centre de recherches appliquées et interdisciplinaires sur les violences intimes, familiales et structurelles : https://www.raiv.ulaval.ca/sites/raiv.ulaval.ca/files/publications/fichiers/Fiche_Synthese_28_FINAL_WEB.pdf
- Boulebsol, C., Lévesque, S., Lessard, G., avec la collaboration de Laforest, J., & l'équipe de recherche du projet « VCPP ». (2020). *Violence conjugale en période périnatale : Recherche d'aide, impacts et recommandations selon des hommes se reconnaissant comme auteurs*, Fiche synthèse, Centre de recherches appliquées et interdisciplinaires sur les violences intimes, familiales et structurelles : https://www.raiv.ulaval.ca/sites/raiv.ulaval.ca/files/publications/fichiers/Fiche_Synthese_29_FINAL_WEB.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Bibliographie complète

1. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2016 : Regard sur la violence familiale au Canada*. Gouvernement du Canada; 2016. p. 64 : <http://www.canadiensensante.gc.ca/publications/departement-ministere/state-public-health-family-violence-2016-etat-sante-publique-violence-familiale/alt/pdf-fra.pdf>
2. Organisation des Nations Unies. *Mettre fin à la violence à l'égard des femmes. De la parole aux actes*. Organisation des Nations Unies; 2006.
3. World Health Organization. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*. Geneva: World Health Organization 2013.
4. Buchanan F, Power C, Verity F. The Effects of Domestic Violence on the Formation of Relationships Between Women and Their Babies: "I Was Too Busy Protecting My Baby to Attach". *Journal of Family Violence* 2014; 29: 713-24.
5. Ford-Gilboe M, Wathen CN, Varcoe C, et al. Development of a brief measure of intimate partner violence experiences: the Composite Abuse Scale (Revised)-Short Form (CASR-SF). *BMJ Open* 2016; 6(12): e012824.
6. Laforest J, Maurice P, Bouchard L-M, éditeurs. *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec; 2018.
7. Agence de la santé publique du Canada. *Ce que disent les mères: l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Ottawa: Gouvernement du Canada; 2009.
8. Meleis AI. *Transitions Theory: Middle range and situations specific theories in nursing research and practice*. New-York: Springer; 2010.
9. Mercer R. Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship* 2004; 36(3): 226-32.
10. Perel G, Peled E. The fathering of violent men constriction and yearning. *Violence Against Women* 2008; 14(4): 457-82.
11. Haland K, Lundgren I, Eri TS, Liden E. The meaning of men's experiences of becoming and being fathers, in men who have subjected their partners to violence. *Fathering* 2014; 12(2): 178-95.
12. Bailey BA. Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *International Journal of Women's Health* 2010; 2: 183-97.

13. Daoud N, Urquia ML, O'Campo P, et al. Prevalence of Abuse and Violence Before, During, and After Pregnancy in a National Sample of Canadian Women. *American Journal of Public Health* 2012; 102(10): 1893-901.
14. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. *Violence and Victims* 2013; 28(2): 359-80.
15. Taillieu TL, Brownridge DA. Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior* 2010; 15: 14-35.
16. Samankasikorn W, Alhusen J, Yan G, Schminkey DL, Bullock L. Relationships of Reproductive Coercion and Intimate Partner Violence to Unintended Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2019; 48(1): 50-8.
17. Lessard G, Lavergne C, Lévesque S, et al. Cooccurrence violence conjugale, santé mentale ou consommation : mieux répondre aux besoins des familles. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2020; 39(1): 49-63.
18. Agrawal A, Ickovics J, Lewis JB, Magriples U, Kershaw TS. Postpartum Intimate Partner Violence and Health Risks Among Young Mothers in the United States: A Prospective Study. *Matern Child Health J* 2014; 18(8): 1985-92.
19. Hill A, Pallitto C, McCleary-Sills J, Garcia-Moreno C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *Int J Gynaecol Obstet* 2016; 133(3): 269-76.
20. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2013; 10(5): e1001452.
21. Lévesque S. *Maternité précoce, violence et résilience. Des jeunes mères témoignent*. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2015.
22. Grasso DJ, Henry D, Kestler J, Nieto R, Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ. Harsh Parenting As a Potential Mediator of the Association Between Intimate Partner Violence and Child Disruptive Behavior in Families With Young Children. *Journal of Interpersonal Violence* 2016; 31(11): 2102-26.
23. Holmes MR. Aggressive behavior of children exposed to IPV: An examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment. *Child Abuse & Neglect* 2013; 37(8): 520-230.

24. Lévesque S, Chamberland C. Resilience, Violence, and Early Pregnancy: A qualitative study of the processes used by young mothers to overcome adversities. *Sage Open* 2016; 1-15.
25. Decker MR, Martin SL, Moracco KE. Homicide Risk Factors Among Pregnant Women Abused by Their Partners. *Violence Against Women* 2004; 10(5): 498-513.
26. Saltzman L, Johnson CH, Gilbert BC, Goodwin MM. Physical abuse around the time of pregnancy: An examination of prevalence and risks factors in 16 states. *Maternal and Child Health Journal* 2003; 7(1): 31-43.
27. Cosgrove L, Flynn C. Marginalized Mothers: Parenting Without a Home. *Analyses of Social Issues and Public Policy* 2005; 5(1): 127-43.
28. Bourassa C, Labarre M, Turcotte P, Lessard G, Letourneau N. Violence conjugale et paternité: les défis de l'intervention sociale. *Service social* 2014; 60(1): 72-89.
29. Haland K, Lundgren I, Liden E, Eri TS. Fathers' experiences of being in change during pregnancy and early parenthood in a context of intimate partner violence. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2016; 11(30935): 1-10.
30. Peled E, Perel G. *A conceptual framework for fathering intervention with men who batter*. In: Edleson JL, Williams OJ, eds. Parenting by men who batter: New directions for assessment and intervention. New York (NY): Oxford University Press; 2007: 85-101.
31. Garcia-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet* 2015; 385: 1567-79.
32. Flores J, Lampron C, Maurice P. *Stratégies et conditions de réussite en matière d'identification précoce de la violence conjugale dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec*. Montréal: Institut National de Santé Publique du Québec; 2010. 53 p.
33. Taylor P, Zaichkin J, Pilkey D, Leconte J, Johnson BK, Peterson AC. Prenatal Screening for Substance Use and Violence: Findings from Physician Focus Groups. *Matern Child Health J* 2007; 11: 241-7.
34. Rinfret-Raynor M, Dubé M, Drouin C. Le dépistage de la violence conjugale dans les centres hospitaliers : implantation et évaluation d'un ensemble d'outils. *Nouvelles pratiques sociales* 2006; 19(1): 72-90.
35. Bernier D, Bérubé J, Hauteceur M, Pagé G. Intervenir en violence conjugale: La démarche d'une équipe interdisciplinaire en périnatalité. *Collection Études et Analyses*, 2005.

36. Creswell JW. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*: SAGE Publications; 2013.
37. Hill Collins P, Bilge S. *Intersectionality*: Polity Press; 2016.
38. Gaudet S. *Comprendre les parcours de vie: une lecture au carrefour du singulier et du social*. In: Gaudet S, Burlone N, Lévesque M, eds. *Repenser la famille et ses transitions Repenser les politiques publiques* . Québec: Les Presses de l'Université Laval; 2013: 15-51.
39. Gouvernement du Québec. *Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec*. Québec, 2015.
40. Clément M-È, Julien D, Lévesque S, Flores J. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4e édition de l'enquête*. Québec: Institut de la statistique du Québec, 2019.
41. Lévesque S, Julien D. « *Violence conjugale en période périnatale* » dans *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4e édition de l'enquête*. Québec: Institut de la statistique du Québec, 2019.
42. Institut de la statistique du Québec. *La violence conjugale en période périnatale au Québec en 2018*. Infographie. Québec: Institut de la statistique du Québec; 2019:
<https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/infographies/violence-conjugale-perinatale.pdf>
43. Lévesque S, Medvestkaya A, Julien D, Clément M-È, Laforest J. Prevalence and Correlates of Intimate Partner Violence in the Perinatal Period in a representative Sample of Quebec Mothers. *Violence and Victimes* 2020, soumis.
44. Lévesque S, Boulebsol C, Lessard G, et al., Portrayal of domestic violence trajectories during the perinatal period. *Violence Against Women* 2020, soumis.
45. Lévesque S, Rousseau C, Lessard G, et al. Qualitative Exploration of the Influence of Domestic Violence on Motherhood in the Perinatal Period. *Journal of family violence* 2020, soumis.
46. Gouvernement du Québec. *Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2018-2023*. Québec: Secrétariat à la condition féminine, 2018.
47. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. *Politique de périnatalité 2008-2018*. Québec: Gouvernement du Québec, 2008.

48. Lévesque S, Lessard G, Clément M-È, et al. *Trajectories of mothers who are victims of IPV during the perinatal period in Quebec (Canada): what are the implications for practice?* 3rd European Congress on Domestic Violence. Oslo, Norvège; 2019.
49. Lévesque S, Lessard G, Clément M-È, et al. *Being a mother of very young children in a context of intimate partner violence: issues and challenges.* 3rd European Congress on Domestic Violence; 2019; Oslo, Norvège: 1er sept. au 4 sept.; 2019.
50. Boulebsol C, Lévesque S, Lessard G, et al. *Intimate partner violence during pregnancy and early childhood: mothers' perspectives on their trajectories, needs and services received.* 24th International Summit On Violence, Abuse & Trauma Across the Lifespan; 2019 6 sept.; San Diego (Ca), USA; 2019.
51. Lévesque S, Lessard G, Fernet M, Bigaouette M, Bilodeau R, Boulebsol C. *Manifestations et dynamique de la violence conjugale en période périnatale: Ce que les mères victimes nous apprennent. Résultats préliminaires.* Colloque « Violences faites aux femmes : recherches et pratiques féministes », 87ème congrès de l'ACFAS; 2019; Gatineau (Can.); 2019.
52. Lévesque S, Lessard G, Fernet M, et al. *Trajectoire de recherche d'aide en situation de violence conjugale en période périnatale : perspectives des mères victimes et des pères auteurs.* Colloque pancanadien de Trajet-vi; 2021, confirmé; Montréal (Can.); 2021, confirmé.
53. Lévesque S, Boulebsol C, Lavergne C. *Défis et leviers de l'intervention en matière de violence conjugale en période périnatale (VCP) : une mise en dialogue entre actrices et acteurs concerné.e.s.* Colloque : Articulations théoriques, pratiques et législatives en violence conjugale et familiale; 2021, confirmé; Mont-Laurier (Can.); 2021, confirmé.
54. Lévesque S, Valderrama A. *Regards pré et per pandémie des intervenant.e.s et professionnel.le.s de la santé sur les interventions en contexte de violence conjugale en période périnatale.* Colloque Violences intimes, familiales et structurelles en temps de pandémie, 88ème congrès de l'ACFAS; 2021, soumis; Sherbrooke (Can.); 2021, soumis.
55. Laforest J, Gamache L, Poissant J. *L'intégration des activités de prévention de la violence conjugale dans les services périnataux au Québec.* Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2018.
56. Baird K, Creedy DK, Saito AS, Eustace J. Longitudinal evaluation of a training program to promote routine antenatal enquiry for domestic violence by midwives. *Women and Birth* 2018; 31(5): 398-406.

57. Buchanan F, Humphreys C. Coercive Control During Pregnancy, Birthing and Postpartum: Women's Experiences and Perspectives on Health Practitioners' Responses. *Journal of Family Violence* 2020.
58. Boucher M, Courtemanche R, Julien D. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Méthodologie de la 4e édition de l'enquête*. Québec: Institut de la statistique du Québec, 2019.
59. Braun V, Clarke V. *Thematic analysis*. APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2012: 57-71.
60. Boulebsol C, Lévesque S, Lessard G, avec la collaboration de Laforest J, l'équipe de recherche du projet «VCP»». *Violence conjugale en période périnatale : Expériences et discours sur la violence et la paternité d'hommes se reconnaissant comme auteurs* 2020. Centre de Recherches Appliquées et Interdisciplinaires sur les Violences intimes, familiales et structurelles (RAIV). Université Laval.
https://www.raiv.ulaval.ca/sites/raiv.ulaval.ca/files/publications/fichiers/Fiche_Synthese_28_FINAL_WEB.pdf
61. Boulebsol C, Lévesque S, Lessard G, avec la collaboration de Laforest J, l'équipe de recherche du projet « VCPP ». *Violence conjugale en période périnatale : Recherche d'aide, impacts et recommandations selon des hommes se reconnaissant comme auteurs*. 2020. Centre de Recherches Appliquées et Interdisciplinaires sur les Violences intimes, familiales et structurelles (RAIV). Université Laval.
https://www.raiv.ulaval.ca/sites/raiv.ulaval.ca/files/publications/fichiers/Fiche_Synthese_29_FINAL_WEB.pdf
62. Edin KE, Dahlgren L, Lalos A, Högberg U. "Keeping up a front": narratives about intimate partner violence, pregnancy, and antenatal care. *Violence Against Women* 2010; 16(2): 189-206.
63. Vatnar SKB, Bjørkly S. Does It Make Any Difference if She Is a Mother?: An Interactional Perspective on Intimate Partner Violence With a Focus on Motherhood and Pregnancy. *Journal of Interpersonal Violence* 2010; 25(1): 94-110.
64. Brownridge DA, Taillieu TL, Tyler KA, Tiwari A, Ko Ling C, Santos SC. Pregnancy and intimate partner violence: risk factors, severity, and health effects. *Violence Against Women* 2011; 17(7): 858-81.
65. Levendosky AA, Bogat GA, Huth-Bocks AC, Rosenblum K, von Eye A. The Effects of Domestic Violence on the Stability of Attachment from Infancy

to Preschool. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2011; 40(3): 398-410.

66. Katz E. Domestic Violence, Children's Agency and Mother-Child Relationships: Towards a More Advanced Model. *Children & Society* 2015; 29(1): 69-79.

Annexe 2 : Infographie ISQ (Volet 1)

La violence conjugale en période périnatale au Québec en 2018



Qu'est-ce que la violence conjugale en période périnatale ?

La violence conjugale en période périnatale est un problème social et de santé publique préoccupant qui fait référence à la violence conjugale subie par la mère durant la grossesse ou durant les deux premières années de vie de l'enfant. Cette violence peut être perpétrée par le conjoint ou un ex-conjoint de la mère. Elle serait la toute première forme d'exposition à la violence conjugale que vivrait l'enfant¹. Depuis 2007, la violence conjugale est reconnue dans la Loi sur la protection de la jeunesse comme un type de maltraitance psychologique susceptible d'affecter le développement des enfants.

Pourquoi s'en préoccuper ?

Elle a des conséquences pour la santé et le bien-être des femmes enceintes : blessures physiques, dépression, anxiété, état de stress post-traumatique, isolement social, problèmes de consommation, idées suicidaires²⁻⁴. Elle nuit également à l'expérience de la maternité^{5,6} et à l'attachement mère-enfant⁷.

Elle se produit dans une période névralgique pour le développement du fœtus et du nourrisson. Elle peut causer des dommages au placenta et augmenter la probabilité de fausse couche, d'accouchement avant terme ou de faible poids à la naissance^{2,4,8}. Elle est susceptible d'affecter les sphères cognitives, motrices et relationnelles du nourrisson et de l'enfant, répercussions qui peuvent se faire sentir jusqu'à l'âge adulte⁹.

« La violence conjugale se caractérise par une série d'actes répétitifs, qui se produisent généralement selon une courbe ascendante. [...] La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle¹. »

1. Gouvernement du Québec, Politique d'intervention en matière de violence conjugale, 1995.

Combien de mères sont victimes de violence conjugale en période périnatale au Québec ?

10,9%
DES MÈRES



5,5% en vivent pendant la grossesse et après la naissance de l'enfant

4,1% en vivent uniquement après la naissance de l'enfant

1,3%* en vivent uniquement pendant la grossesse

Quelles formes cette violence prend-elle ?



3,7%
VIOLENCE
PHYSIQUE



5,0%
VIOLENCE DE
CONTRÔLE



9,1%
VIOLENCE
PSYCHOLOGIQUE
ET VERBALE



1,3%*
VIOLENCE
FINANCIÈRE



1,2%*
VIOLENCE
SEXUELLE

5,8%
DES MÈRES VIVENT
PLUS D'UNE FORME
DE VIOLENCE





Les mères victimes de violence conjugale en période périnatale vivent dans des milieux plus précaires ou ont des conditions de vie plus difficiles que celles qui n'ont pas été victimes de cette violence...

	Mères victimes	Mères non victimes
... elles sont plus souvent jeunes (moins de 25 ans) à la naissance de l'enfant	18%*	8%
... elles sont plus souvent sans emploi	30%	18%
... elles sont plus nombreuses à ne pas avoir fait d'études postsecondaires	18%*	11%
... elles ont plus souvent un faible soutien social	22%*	10%
... elles vivent plus souvent à la tête d'une famille monoparentale	44%	6%
... elles ont plus souvent un niveau de stress élevé dans la conciliation des obligations familiales et extrafamiliales	60%	40%
... elles vivent plus souvent dans des milieux très défavorisés	25%*	14%
... elles se considèrent plus souvent comme pauvres ou très pauvres	18%*	4,8%
... elles ont plus souvent des symptômes dépressifs modérés à graves	23%*	10%

* Donnée peu précise, à interpréter avec prudence.

Source des données: LÉVESQUE, Sylvie, et Dominic JULIEN (2019). « Violence conjugale en période périnatale », dans *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4^e édition de l'enquête*. [En ligne]. Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 103-122. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/environnement-social/violence-familles/violence-familiale-2018.pdf#page=103]

À retenir...

Plus d'une mère québécoise sur 10 vit de la violence conjugale à une période charnière pour elle et le développement de son enfant.

La période périnatale constitue un moment d'intervention privilégié pour agir en amont et en aval de la violence conjugale.

Cette période est propice au dépistage de la violence conjugale et à la mise en place d'interventions ciblées.

C'est une période qui se caractérise par des rencontres répétées avec des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire (p. ex. suivis de grossesse, cours prénataux, services d'aide aux nouveaux parents, cliniques d'allaitement ou de vaccination, etc.).

Pour obtenir de l'aide :

► **SOS violence conjugale**
Région de Montréal: 514 873-9010
Ailleurs, sans frais : 1 800 363-9010
www.sosviolenceconjugale.ca

► **Ligne parents**
1 800 361-5085
www.ligneparents.com

► **Info-santé et Info-social**
811

Pour trouver une maison d'hébergement :

► **Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale**
maisons-femmes.qc.ca

► **Fédération des maisons d'hébergement pour femmes du Québec**
fede.qc.ca

Référence, intervention et suivi pour les conjoints avec des comportements violents :

► **À cœur d'homme**
Réseau d'aide aux hommes pour une société sans violence
www.aceurdhomme.com

Références

1. HOLDEN, G. W. (2003). "Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy", *Clinical Child and Family Psychology Review*, [En ligne], vol. 6, n°3, septembre, p. 151-160. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14620576] (Consulté le 23 avril 2019).
2. BAILEY, B. A. (2010). "Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management", *International Journal of Women's Health*, vol. 2, p. 183-197.
3. BROWNRIDGE, D. A., et autres (2011). "Pregnancy and Intimate Partner Violence: Risk Factors, Severity, and Health Effects", *Violence Against Women*, [En ligne], vol. 17, n° 7, juillet, p. 858-881. doi: [10.1177/1077801211412547](https://doi.org/10.1177/1077801211412547). (Consulté le 24 avril 2019).
4. TAILLIEU, T. L., et D. A. BROWNRIDGE (2010). "Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research", *Aggression and Violent Behavior*, vol. 15, n° 1, p. 14-35.
5. HOOKER, L., et autres (2016). "Intimate partner violence and the experience of early motherhood: A cross-sectional analysis of factors associated with a poor experience of motherhood", *Midwifery*, [En ligne], vol. 34, mars, p. 88-94. doi: [10.1016/j.midw.2015.12.011](https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.12.011). (Consulté le 24 avril 2019).
6. BARLOW, J., et A. UNDERDOWN (2018). "Child maltreatment during infancy: atypical parent-infant relationships", *Paediatrics and Child Health*, [En ligne], vol. 28, n°3, p. 114-119. doi: [10.1016/j.paed.2017.11.001](https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.11.001). (Consulté le 24 avril 2019).
7. BUCHANAN, F., C. POWER et F. VERITY (2014). "The Effects of Domestic Violence on the Formation of Relationships Between Women and Their Babies: 'I Was Too Busy Protecting My Baby to Attach'", *Journal of Family Violence*, vol. 29, n° 7, octobre, p. 713-724.
8. SHAH, P. S., et J. SHAH (2010). "Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analysis", *Journal of Women's Health*, [En ligne], vol. 19, n° 11, novembre, p. 2017-2031. doi: [10.1089/jwh.2010.2051](https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2051). (Consulté le 24 avril 2019).
9. MONK, C., J. SPICER et F. A. CHAMPAGNE (2012). "Linking prenatal maternal adversity to developmental outcomes in infants: the role of epigenetic pathways", *Development and Psychopathology*, [En ligne], vol. 24, n° 4, novembre, p. 1361-1376. doi: [10.1017/S0954579412000764](https://doi.org/10.1017/S0954579412000764). (Consulté le 15 avril 2019).

Annexe 3 : Fiche synthèse 1 (Volet 2)



ÉQUIPE
VIOLENCE
CONJUGALE

RAIV
Recherche Appliquée et
Interdisciplinaire sur les Violences
Intimes, Familiales et Structurelles

Fiche synthèse
RECHERCHE
Septembre 2020

26

L'EXPÉRIENCE DE SERVICES ET DE SOUTIEN EN PÉRIODE PÉRINATALE : POINT DE VUE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE

Boulebsol, C., Lévesque, S., Rousseau, C., et Lessard, G., avec la collaboration de, Laforest, J., Polssant, J., et l'équipe de recherche du projet « Violence conjugale lors de la période périnatale et parentalité : documenter et comprendre, pour mieux intervenir et soutenir »

(418) 656-3286



raiv.ulaval.ca



Au Canada comme au Québec, une femme sur dix est victime de violence conjugale en période périnatale (VCP) (Agence de santé publique du Canada, 2009; Lévesque et Julien, 2018). La VCP réfère aux différentes formes de coercition utilisées par un partenaire intime pour exercer du contrôle et de la domination sur sa conjointe, à partir du moment où cette dernière devient enceinte jusqu'aux deux ans de l'enfant. Cette victimisation a des conséquences délétères à la fois sur les femmes et sur leurs enfants (McMahon et al., 2011; Pastor-Moreno et al., 2020).

Pendant la période périnatale les femmes sont davantage susceptibles de rencontrer des professionnel-le-s de la santé et des services sociaux, qui peuvent éventuellement repérer la VCP (Garcia-Moreno et al., 2015; O'Doherty et al., 2015). Cela étant, plusieurs facteurs peuvent entraver le dévoilement de la VCP. D'un côté, les femmes peuvent l'appréhender parce qu'elles redoutent les conséquences, qu'elles ont honte, qu'elles culpabilisent, qu'elles ne s'identifient pas comme victime ou qu'elles minimisent la violence (Edin et al., 2010; Spangaro et al., 2016). À cela s'ajoutent la peur de représailles de la part du conjoint ou le fait d'être empêchée par ce dernier d'être seule lors d'un rendez-vous, ainsi que la crainte d'une intervention intrusive des services de protection de la jeunesse, du personnel médical ou de la police (Ibid.). D'un autre côté, les professionnel-le-s ne sont pas toujours outillé-e-s pour adresser la VCP, ce qui limite la mise en place d'un protocole d'intervention ou de protection (Flores et al., 2010; Taylor et al., 2007). Pourtant, bon nombre d'organisations professionnelles et institutionnelles prônent le déploiement d'interventions préventives dès la grossesse (ACOG Committee for Health Care on Underserved Women., 2012; Laforest, Gamache & Poissant, 2018; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014; U.S. Preventive Services Task Force, 2019; World Health Organization, 2013).

CETTE FICHE SYNTHÈSE :

1

présente et discute une partie des résultats d'une recherche exploratoire menée en partenariat sur la VCP;

2

illustre, du point de vue des femmes victimes, de quelles façons la VCP est abordée et répondue, ou non, par différent-e-s professionnel-le-s et permet de mieux saisir les trajectoires dans les services de soutien.

Méthodologie de recherche

Dans une perspective constructiviste (Creswell, 2013), cette recherche qualitative s'appuie sur les théories féministes intersectionnelles (Hill Collins & Bilge, 2016) et les théories des parcours de vie (Gaudet, 2014). Ces repères permettent de rendre compte de la diversité des expériences des femmes rencontrées en les inscrivant dans des trajectoires situées dans des contextes et des temporalités distinctes. Elle repose sur l'analyse thématique et matricielle d'entretiens semi-dirigés (Braun & Clarke, 2012), menés auprès de 17 femmes adultes ayant vécu de la VCPP dans les cinq dernières années et ayant un contact régulier avec leur(s) enfant(s). Les participantes ont été recrutées dans trois régions du Québec par l'intermédiaire du milieu communautaire ($n=9$) dont des maisons d'hébergement ($n=5$), mais aussi par le biais du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ($n=5$) et d'annonces en ligne ($n=3$).

Présentation des participantes

Les mères rencontrées sont âgées entre 24 et 52 ans et la majorité (82 %) a plus de 30 ans. Un peu moins de la moitié ($n=7$) est née à l'extérieur du Canada. La plupart d'entre elles ($n=14$) ont un à deux enfants et deux étaient enceintes au moment des entretiens. Les trois quart ($n=14$) sont séparées du conjoint ayant eu des comportements violents. Quinze femmes rapportent avoir vécu de la VC avant de devenir enceinte, alors que toutes déclarent avoir vécu au moins un épisode de violence pendant leur grossesse. Après la naissance, elles rapportent toutes vivre ou avoir vécu des épisodes de violence de la part de leur conjoint, à l'exception d'une participante dont l'enfant est âgé de quelques mois au moment de l'entrevue.

17 FEMMES
ayant vécu
DE LA VCPP

24 à 52 ans

3 RÉGIONS

RÉSULTATS

De la grossesse à l'accouchement : des occasions de recours aux services

La grossesse est une période où plusieurs femmes vont, parfois pour la première fois, chercher des services de soutien ou de soins de santé. De fait, un peu plus du tiers ont eu des contacts avec des organismes communautaires ($n=6$), le plus souvent en lien avec la VC, mais aussi pour obtenir du soutien socio-économique. Plusieurs rapportent avoir eu des contacts avec le RSSS ($n=15$) dans le cadre de leurs suivis de grossesse et, dans une moindre mesure, de soutien en santé mentale. Les professionnel-le-s consulté-e-s sont majoritairement des médecins, des infirmier-e-s, des intervenant-e-s communautaires, des sages-femmes et des professionnel-le-s en santé mentale ou en travail social (TS).

Des services pour soutenir les choix. L'ambivalence quant à la grossesse ou à la poursuite de la relation avec le père de l'enfant incite près de la moitié des participantes ($n=8$) à chercher du soutien social auprès du milieu communautaire et celui de la santé et des services sociaux. La situation semble plus fréquente lorsque la grossesse n'était pas planifiée. Deux des trois femmes qui ont consulté quant à la possibilité d'une interruption volontaire de grossesse n'ont pas été satisfaites des services reçus, de par des appels non retournés, une absence de suivis et un manque de services de qualité selon elles.

Des fenêtres d'intervention lorsque la VC est révélée. Les différents contacts avec des professionnel-le-s du RSSS et du milieu communautaire ont été l'occasion de dévoiler la VC pour certaines (n=6). D'autres (n=3) ne l'ont pas abordée même si la question des relations dans le couple leur a été posée. Par exemple, lors d'un suivi de grossesse au CIUSSS avec une TS, une femme se souvient d'avoir refusé de parler de la violence vécue :

« Elle essayait de tirer des informations. Je lui donnais comme ci, comme ça. Je me renfermais sur moi. Elle me parlait tout le temps : « Tu sais, si ça ne va pas, il y a toujours des solutions ! » [...] J'étais gênée, quoi ! Je ne voulais pas en parler » (M10).

Au contraire, d'autres femmes ont pu dévoiler la VCPP pendant leur grossesse et ont été référées à des organismes spécialisés en VC (n=6). Quelques-unes ont alors fait un séjour en maison d'hébergement alors qu'elles étaient enceintes, parfois accompagnée d'un premier enfant. D'autres ont été déçues et ont eu l'impression de ne pas être prise au sérieux malgré leur dévoilement :

« Quand tu te présentes au CLSC pis tu dis que tu es victime de VC, pis qu'il n'y a personne qui t'aide... Pis que tu leur dis : « Ben... Je suis enceinte. Il faut que je m'en aille. » Pis qu'on te dit : « Ben, tu n'es pas en situation assez dangereuse pour partir » (M1).

Pour cette participante, c'est après que le médecin ait constaté des blessures pendant son accouchement que ce dernier a décidé de la référer à une maison d'hébergement et d'effectuer un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Ainsi, comme pour d'autres, l'accouchement a été l'occasion de repérer la VCPP et de mettre en place un protocole de sécurité.

Par ailleurs, un tiers des femmes ont eu des contacts avec la police pendant leur grossesse, le plus souvent après un épisode de violence. Deux des femmes qui avaient entrepris de porter plainte ont finalement décidé de suspendre les démarches par peur de se voir retirer l'enfant ou de subir les représailles de leur ex-conjoint.

Les deux ans suivant l'accouchement : des occasions répétées de contacts avec des professionnel-le-s

Toutes les participantes, sauf une, identifient avoir vécu de la VC après la naissance de leur enfant et pendant les premières années qui ont suivi. La majorité d'entre elles estiment que la période postnatale se caractérise par une aggravation de la violence (n=14) et plusieurs rapportent que leur enfant a aussi été la cible de violence (n=7). Toutes les participantes ont eu recours à des services lors de cette période. Dans l'ensemble, elles ont consulté des organismes communautaires (n=14) (ex : périnatalité, soutien socio-économique, VC, prévention du suicide, aide juridique) ou le RSSS (ex : Centre intégré (universitaire) de santé et de services sociaux (CIUSSS/CISSS) et Hôpitaux) (n=13). Davantage de femmes ont vécu en maison d'hébergement après l'accouchement (n=9) qu'au moment de la grossesse (n=3). À cela s'ajoutent des interactions avec les services de la protection de la jeunesse, la police, ou encore des services d'aide juridique. Dans la majorité des cas, les mères ont rencontré des professionnel-le-s sans leur (ex)conjoint. Ainsi, les mères ont davantage eu recours aux services de soutien après la naissance de leur enfant.

Des services nombreux, mais parfois interrompus, dans le RSSS. Rapidement après l'accouchement, et ensuite tout au long de deux années suivantes, des femmes ont été en contact avec des professionnel-le-s du RSSS (p.ex. accueil psychosocial, suivi post-accouchement, programme 0-5 ans, services en santé mentale adulte et en psychiatrie). Dans deux tiers des cas, la VC n'a pas été abordée systématiquement et pour le tiers restant, cela a été l'occasion d'en parler, d'être conscientisées ou de partager leurs inquiétudes. Là encore, toutes n'ont pas été satisfaites de l'accueil reçu et de la suite proposée.

Pour les femmes rencontrées, le parcours dans le RSSS semble rarement continu. Pour plusieurs, les services ont été interrompus (p.ex. fermeture du dossier, roulement de personnel, transfert). Il n'est pas rare que les femmes aient entrepris de nouvelles démarches par la suite, parfois auprès des mêmes services, mais le plus souvent en allant vers une nouvelle ressource.

Le soutien communautaire : des expertises et du répit. Parmi les femmes qui ont séjourné en maison d'hébergement, cinq étaient toujours hébergées avec leur(s) enfant(s) au moment de l'entretien. En plus de leur apporter de la sécurité et une forme de répit, ces ressources leur permettent de mieux comprendre la VC et ses conséquences et de renforcer leurs compétences parentales. Elles peuvent aussi y trouver du soutien juridique (p. ex. dépôt d'une plainte, garde des enfants). Cela a permis à certaines de se sortir de l'isolement dans lequel elles avaient été placées. En dehors des ressources spécialisées en VC, des participantes ont reçu du soutien communautaire essentiellement en ce qui a trait à la périnatalité (p. ex. soutien à l'allaitement, renforcement des capacités parentales) et à la précarité (p. ex. faible revenu, isolement, employabilité).

Des expériences mitigées avec la DPJ. Quelques femmes ont eu des contacts avec les services de protection de la jeunesse pendant les deux premières années de leur enfant. Pour certaines, ces interventions ont été bénéfiques ($n=2$), alors que pour d'autres ($n=4$), les interactions avec la DPJ ont été difficiles, et ce, à plusieurs niveaux. En effet, les interventions de la DPJ ont permis à des mères de quitter le conjoint violent et de renforcer leurs compétences parentales. Par contre, des mères se sont senties invalidées et peu soutenues ou prises en compte dans l'analyse de leur situation. Par exemple, une femme mentionne que la DPJ l'a obligée à faire une évaluation en santé mentale pour évaluer ses compétences parentales, plutôt que la soutenir quant aux conséquences de la VC. Elle a eu le sentiment que les intervenant-e-s agissaient contre elle. Une autre mère, qui soupçonnait des comportements incestueux du père à l'égard de son enfant, a eu l'impression de ne pas être prise au sérieux ce qui a contribué à briser son lien de confiance envers la DPJ.

Les services policiers et juridiques pour se protéger et défendre ses droits. Les deux tiers des participantes ont eu des contacts avec la police pendant la période postnatale. Cela a été l'occasion pour quelques-unes d'entre elles d'être référées à des ressources en CIUSSS/CISSS, à la DPJ, à un centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) ou encore à une maison d'hébergement. Des avis mitigés quant aux services de police ont été partagés. Pour certaines, cela leur a permis de mieux connaître leurs droits, de porter plainte ou encore de bénéficier d'outils et de conseil pour se protéger. Pour d'autres, les échanges avec la police ont été décevants et parfois même démobilisants, comme le suggère cette participante :

« Moi, j'étais rendue au point : « Ben là ! Portons plainte, t'sais. » Mais [le policier] était un peu insistant : « Oui, mais je sais que c'est très prenant. Ça peut être juste dans un an. Peut-être que dans un an, ça va aller mieux, pis... T'sais, il va falloir que tu témoignes face à face. Pis, ça peut remettre de l'huile sur le feu. Pis, si tu n'as pas des preuves vraiment solides rendue là... » (M3).

Les interventions de la DPJ ont permis à des mères de quitter le conjoint violent et de renforcer leurs compétences parentales. Par contre, des mères se sont senties invalidées et peu soutenues ou prises en compte.

Ensuite, plusieurs participantes (n = 11) ont consulté des avocat-e-s ou des ressources communautaires pour des conseils juridiques. Plusieurs raisons les ont encouragées à le faire : le processus de séparation, la garde de leur enfant ou encore les dénonciations de voies de faits liées à la VC. Deux femmes ont reçu une indemnisation pour les victimes d'actes criminels (IVAC), alors qu'une autre a refusé les services d'un CAVAC, estimant que le processus était long et compliqué.

Obstacles, besoins et recommandations des femmes

Des services plus proactifs. Plus de la moitié des participantes auraient souhaité qu'un-e professionnel-le du RSSS aborde avec elles la question de la VCPP. La grande majorité estime que les équipes médicales devraient aborder le sujet de la VC avec les femmes pendant leur suivi de grossesse. Ensuite, des mères ont eu à entreprendre plusieurs démarches, parfois dans des ressources différentes ou à des moments distincts, pour obtenir un soutien adapté. Elles souhaiteraient un cheminement facilité dans les services. De même, lorsque les mères prévoient rompre avec le conjoint, leur besoin de soutien est urgent. Lorsqu'elles formulent une demande d'aide à un organisme, elles souhaitent être entendues et soutenues rapidement :

« Moi j'avais besoin que quelqu'un me réponde [...]. J'avais besoin de quelqu'un maintenant. [...] la demande d'aide que j'ai faite, je ne l'ai pas eue » (M7).

Aussi, quelques femmes ne semblaient pas connaître les services d'hébergement à long terme pouvant être offert par les maisons d'hébergement de 2^e étape pour les femmes et enfants victimes de violence conjugale et se sont retrouvées seules après leur sortie de la maison d'hébergement, sans soutien psychosocial en lien avec la VC.

Différentes craintes qui préviennent le recours à des services spécialisés. Parmi les obstacles au dévoilement rapportés, on peut identifier : devoir répéter plusieurs fois son histoire parce que les intervenant-e-s ne travaillent pas toujours en équipe, la crainte des représailles de la part du conjoint, la crainte que la DPJ ne retire les enfants, la crainte d'être jugée et la honte ressentie. De plus, des femmes minimisaient la VC vécue ou ne s'identifiaient pas comme victime, ce qui les a empêchées de dévoiler et de demander du soutien en ce sens :

« Il y a plein de choses dont j'me suis rendue compte, en fait, avec du recul. Et j'me suis dit : « [...] Comment j'ai pu en arriver à un stade aussi élevé de violence ? Sans réagir avant, en fait » (M5).

Par ailleurs, plusieurs ont rapporté que les professionnel-le-s minimisaient la dangerosité de la VC, les référant parfois à un organisme non spécialisé en VC (p. ex. : organisme en toxicomanie et itinérance).

Un besoin d'accessibilité : adapter les services aux nouvelles mères. Plusieurs auraient eu besoin d'avoir accès à des ressources spécifiques comme la possibilité de recevoir des services en VC cohérents et adaptés au fait qu'elles ont un jeune enfant. Par exemple, des mères qui sont allées en maison d'hébergement avec leur enfant de moins de deux ans auraient bénéficié, selon elles, d'un service de garde offert sur place pendant les ateliers portant

La grande majorité estime que les équipes médicales devraient aborder le sujet de la VC avec les femmes pendant leur suivi de grossesse.

sur la VC. Dans le même ordre d'idées, une autre mère s'est fait refuser l'accès aux rencontres avec son bébé lors de rencontre avec une TS du RSSS. Cela a entraîné la fin des consultations et une forte déception chez elle : « Moi de me faire dire :

« Ne viens pas avec ton enfant » quand tu as un bébé de quatre mois, c'est n'importe quoi » (M7).

Dans la même veine, les déplacements pour avoir accès aux services peuvent être un défi pour certaines mères avec un bébé et parfois d'autres enfants. L'une d'elles suggère donc d'offrir des services psychosociaux à domicile. L'accessibilité signifie également d'offrir des services qui prennent en compte la personne dans sa globalité. Le fait de vivre avec différentes problématiques simultanément crée des besoins particuliers chez certaines. Une mère identifie à cet égard le manque de formation multidisciplinaire de certain-e-s intervenant-e-s : manque de connaissances au niveau de la santé mentale, des problèmes de consommation, de la maternité, etc. Pour elle, le travail en concertation entre les intervenant-e-s et organismes est pourtant très important :

« [J]e suis une maman avec un [trouble de personnalité limite]. J'ai été victime de VC. Je vois que mes intervenantes ne sont pas équipées pour entrer en relation avec moi. [...] C'est à ce niveau-là, parce qu'il y a une nouvelle sorte de VC, mais accompagnée de santé mentale et parfois de consommation, de mélange de toute. Je pense que les intervenantes doivent travailler [...] autour d'une table pour une même cause. » (M1)

Répondre aux besoins en parentalité entraînés par les contrecoups de la VC. Même après la sortie de la relation de VC, des séquelles persistent chez les femmes, de même que chez les enfants ayant été exposés à cette violence. De plus, plusieurs mères anticipent qu'en vieillissant, leur enfant pose des questions sur l'absence de leur père ou sur les raisons ayant conduit à la séparation. Ainsi, elles ont besoin d'avoir un soutien de professionnel-le-s en ce sens. Parallèlement, une autre mère craint de voir son ex-conjoint manipuler leur enfant et le détourner d'elle. Elle a manifesté son besoin d'avoir des ressources pour y faire face de manière à protéger l'enfant.

Des stratégies de prévention adaptées à la diversité des mères. Les participantes ont différents profils ethnoculturels et un tiers d'entre-elles sont nées en dehors du Canada. Des recommandations ont été formulées pour mieux répondre à cette diversité : offrir des services plus spécifiques et plus ciblés aux populations desservies en tenant compte de leurs particularités. Pour ces femmes, les approches de prévention ou d'intervention en VC n'ont pas la même portée selon le groupe auquel ils s'adressent :

« Je crois qu'ils doivent être formés parce qu'on a une nouvelle clientèle d'immigration. [...] Il manque de la formation pour les intervenantes. Pis en santé mentale aussi ». (M1)

Une autre participante abonde en ce sens en mettant l'accent sur la déconstruction de la perception essentialiste du rôle de mère, en soutenant que les femmes ont plusieurs autres identités qui s'additionnent à la maternité. Cette vision élargie permettrait d'accentuer l'*empowerment* ressenti, en plus de valoriser le bien-être dans la relation conjugale.


Discussion

En dépit des limites associées, notamment sur les biais de mémoire et la sélection des participantes, nos résultats permettent de mettre en lumière les trajectoires de services de femmes victimes de VC et de proposer plusieurs recommandations. Comme d'autres études (Debonno et al., 2013; Deshpande et al., 2013), ils démontrent que la période périnatale représente à la fois une période de vulnérabilité et une fenêtre d'opportunité pour la prévention

et l'intervention. En effet, les services reçus par les participantes visent la VC, la parentalité ou des contextes de vulnérabilité associés (p. ex. : services juridiques, soutien socioéconomique, ressources périnatales). Pour répondre aux défis d'accessibilité rapportés par les femmes, il est recommandé de mettre en place des actions intersectorielles et des approches systémiques adaptées au contexte de VCPP : une offre d'hébergement sécuritaire et abordable, un accompagnement pour une intégration ou un maintien sur le marché du travail, un accès facilité à des services de garde et un soutien psychosocial qui prend en compte la VC (Aizer, 2010; Larsen, 2016).

À l'instar de plusieurs associations et institutions, la majorité des mères rencontrées estiment que la question de la VCPP devrait être intégrée dans les rencontres périnatales et que les professionnel-le-s devraient être plus proactif-ve-s dans son identification. Ainsi, un protocole interdisciplinaire de repérage pourrait être intégré dans les consultations liées à la grossesse (Shorey, Tirone, & Stuart, 2014). Par exemple, les professionnel-le-s pourraient s'enquérir auprès de la femme seule du caractère désiré et planifié de la grossesse et de la qualité de la relation conjugale. De même, des activités de prévention devraient se tenir en amont de la grossesse, puisqu'ici comme ailleurs (James et al., 2013), la majorité des femmes avaient vécu de la VC avant de devenir enceinte. Toutes, sauf une, ont continué d'en subir après la naissance. Il serait donc pertinent de cibler aussi la période de la petite enfance pour intervenir, puisqu'elle est ponctuée de rencontres régulières avec le RSSS, notamment pour la vaccination, le suivi de santé de l'enfant et éventuellement le soutien à l'allaitement (Laforest, Gamache, & Poissant, 2018). La sensibilisation et la formation des professionnel-le-s en matière de VCPP permettrait de les outiller pour mieux intervenir.

Des recherches futures menées auprès des membres du personnel soignant et des intervenant-e-s en VC et en périnatalité seraient pertinentes afin de mieux comprendre les possibles enjeux et les défis exprimés et de documenter leurs besoins.



À l'instar de plusieurs associations et institutions, la majorité des mères rencontrées estiment que la question de la VCPP devrait être intégrée dans les rencontres périnatales et que les professionnel-le-s devraient être plus proactif-ve-s dans son identification.

Références

ACOG Committee for Health Care on Underserved Women. (2012). ACOG Committee Opinion No. 518: Intimate partner violence. *Obstet Gynecol*, 119(2 Pt 1), 412-417. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318249ff74>

Agence de santé publique du Canada. (2009). *Ce que disent les mères: l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>

Aizer, A. (2010). Poverty, Violence, and Health. The Impact of Domestic Violence During Pregnancy on Newborn Health. *The Journal of Human Resources*, 46(3), 518-538.

Braun, V. & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. in H. Cooper, Camich P.M., D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf et K. J. Sher (dir.), *APA handbooks in psychology®. APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (p. 57-71). American Psychological Association.

Hill Collins, P., & Bilge, S. (2016). *Intersectionality* (Ser. Key concepts). Polity Press.

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing among Five Approaches (3rd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Deshpande, N. A., & Lewis-O'Connor, A. (2013). Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 6(3/4), 141-148.
- Debonno, C., Deshpande, N. A., & Lewis-O'Connor, A. (2013). Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 6(3/4), 141-148.
- Edin, K. E., Dahlgren, L., Lalos, A., & Högberg, U. (2010). "Keeping up a front": narratives about intimate partner violence, pregnancy, and antenatal care. *Violence against women*, 16(2), 189-206.
- Flores, J., Lampron, C., & Maurice, P. (2010). *Stratégies et conditions de réussite en matière d'identification précoce de la violence conjugale dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec*. Montréal: Institut National de Santé Publique du Québec.
- Gaudet, S. (2013). Comprendre les parcours de vie: une lecture au carrefour du singulier et du social. In S. Gaudet, N. Burlone, & M. Lévesque (Eds.), *Repenser les familles et ses transitions. Repenser les politiques publiques* (pp. 15-51). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Garcia-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliveira, A. F. L., Koziol-McLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2015). The health-systems response to violence against women. *Lancet*, 385, 1567-1579.
- James, L., Brody, D., & Hamilton, Z. (2013). Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. *Violence and Victims*, 28(2), 359-380.
- Laforest, J., Gamache, L., & Poissant, J. (2018). *L'intégration des activités de prévention de la violence conjugale dans les services périnataux au Québec*.
- Larsen M. M. (2016). *Health Inequities Related to Intimate Partner Violence Against Women. The Role of Social Policy in the United States, Germany, and Norway*. Springer International Publishing.
- Lévesque, S., & Julien, D. (2019). Violence conjugale en période périnatale. In M. E. Clément, D. Julien, S. Lévesque, & J. Flores (Eds.), *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4e édition de l'enquête* (pp. 103-122). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- McMahon, S., Huang, C.-C., Boxer, P., & Postmus, J. L. (2011). The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year post-partum. *Children and Youth Services Review*, 33, 2103-2111.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Domestic violence and abuse: how health services, social care and the organisations they work with can respond effectively*.
- O'Doherty, L. J., Taft, A., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., & Feder, G. (2014). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged cochrane systematic review and meta-analysis. *Bmj: British Medical Journal*, 348.
- Pastor-Moreno, G., Ruiz-Perez, I., Henares-Montiel, J., Escriba-Aguir, V., Higuera-Callejon, C., & Ricci-Cabello, I. (2020). Intimate partner violence and perinatal health: a systematic review. *BJOG*. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16084>
- Shorey, R. C., Tirone, V., & Stuart, G. L. (2014). Coordinated Community Response Components for Victims of Intimate Partner Violence: A Review of the Literature. *Aggress Violent Behav*, 19(4), 363-371. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.06.001>
- Spangaro, J., Koziol-McLain, J., Zwi, A., Rutherford, A., Frail, M.-A., & Ruane, J. (2016). Deciding to tell: qualitative configurational analysis of decisions to disclose experience of intimate partner violence in antenatal care. *Social Science & Medicine*, 154, 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.032>
- Statistique Canada. (2013). *Mesures de la violence faite aux femmes: tendances statistiques*. Québec: Gouvernement du Québec
- Taylor, P., Zaichkin, J., Pilkey, D., Leconte, J., Johnson, B. K., & Peterson, A. C. (2007). Prenatal Screening for Substance Use and Violence: Findings from Physician Focus Groups. *Maternal and Child Health Journal*, 11(3), 241. <https://doi.org/10.1007/s10995-006-0169-9>
- U.S. Preventive Services Task Force. (2019). Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Recommendation Statement. *American Family Physician*, 99(10), 648A-648F.
- Van Parys, A.-S., Verhamme, A., Tammerman, M., & Verstraeten, H. (2014). Intimate Partner Violence and Pregnancy: A Systematic Review of Interventions. *PloS ONE*, 9(1), 1-10.
- Wadsworth, P., Degesie, K., Kothari, C., & Moe, A. (2018). Intimate Partner Violence During the Perinatal Period. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(10), 753-759.
- World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf;jsessionid=061A924430BE5011D4D7A07206A1D141?sequence=1

Deshpande, N. A., & Lewis-O'Connor, A. (2013). Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 6(3/4), 141-148.

Debonno, C., Deshpande, N. A., & Lewis-O'Connor, A. (2013). Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 6(3/4), 141-148.

Edin, K. E., Dahlgren, L., Lalos, A., & Högberg, U. (2010). "Keeping up a front": narratives about intimate partner violence, pregnancy, and antenatal care. *Violence against women*, 16(2), 189-206.

Flores, J., Lampron, C., & Maurice, P. (2010). *Stratégies et conditions de réussite en matière d'identification précoce de la violence conjugale dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec*. Montréal: Institut National de Santé Publique du Québec.

Gaudet, S. (2013). Comprendre les parcours de vie: une lecture au carrefour du singulier et du social. In S. Gaudet, N. Burlone, & M. Lévesque (Eds.), *Repenser les familles et ses transitions. Repenser les politiques publiques* (pp. 15-51). Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Garcia-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliveira, A. F. L., Koziol-McLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2015). The health-systems response to violence against women. *Lancet*, 385, 1567-1579.

James, L., Brody, D., & Hamilton, Z. (2013). Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. *Violence and Victims*, 28(2), 359-380.

Laforest, J., Gamache, L., & Poissant, J. (2018). *L'intégration des activités de prévention de la violence conjugale dans les services périnataux au Québec*.

Larsen M. M. (2016). *Health Inequities Related to Intimate Partner Violence Against Women. The Role of Social Policy in the United States, Germany, and Norway*. Springer International Publishing.

Lévesque, S., & Julien, D. (2019). Violence conjugale en période périnatale. In M. E. Clément, D. Julien, S. Lévesque, & J. Flores (Eds.), *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4e édition de l'enquête* (pp. 103-122). Québec: Institut de la statistique du Québec.

McMahon, S., Huang, C.-C., Boxer, P., & Postmus, J. L. (2011). The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year post-partum. *Children and Youth Services Review*, 33, 2103-2111.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Domestic violence and abuse: how health services, social care and the organisations they work with can respond effectively*.

O'Doherty, L. J., Taft, A., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., & Feder, G. (2014). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged cochrane systematic review and meta-analysis. *Bmj: British Medical Journal*, 348.

Pastor-Moreno, G., Ruiz-Perez, I., Henares-Montiel, J., Escriba-Aguir, V., Higuera-Callejon, C., & Ricci-Cabello, I. (2020). Intimate partner violence and perinatal health: a systematic review. *BJOG*. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16084>

Shorey, R. C., Tirone, V., & Stuart, G. L. (2014). Coordinated Community Response Components for Victims of Intimate Partner Violence: A Review of the Literature. *Aggress Violent Behav*, 19(4), 363-371. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.06.001>

Spangaro, J., Koziol-McLain, J., Zwi, A., Rutherford, A., Frail, M.-A., & Ruane, J. (2016). Deciding to tell: qualitative configurational analysis of decisions to disclose experience of intimate partner violence in antenatal care. *Social Science & Medicine*, 154, 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.032>

Statistique Canada. (2013). *Mesures de la violence faite aux femmes: tendances statistiques*. Québec: Gouvernement du Québec

Taylor, P., Zaichkin, J., Pilkey, D., Leconte, J., Johnson, B. K., & Peterson, A. C. (2007). Prenatal Screening for Substance Use and Violence: Findings from Physician Focus Groups. *Maternal and Child Health Journal*, 11(3), 241. <https://doi.org/10.1007/s10995-006-0169-9>

U.S. Preventive Services Task Force. (2019). Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Recommendation Statement. *American Family Physician*, 99(10), 648A-648F.

Van Parys, A.-S., Verhamme, A., Tammerman, M., & Verstraelen, H. (2014). Intimate Partner Violence and Pregnancy: A Systematic Review of Interventions. *PLoS ONE*, 9(1), 1-10.

Wadsworth, P., Degesie, K., Kothari, C., & Moe, A. (2018). Intimate Partner Violence During the Perinatal Period. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(10), 753-759.

World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf;jsessionid=061A924430BE5011D4D7A07206A1D141?sequence=1

1 **Chercheuse principale** : Sylvie Lévesque, UQAM

Co-chercheurs : Marie-Ève Clément, UQO; Mylène Fernet, UQAM; Julie Poissant, UQAM; Geneviève Lessard, ULaval; Nadia Giguère, CIUSSS Centre-Sud-de l'Île-de-Montréal (CIUSSS-CS-MTL); Chantal Lavergne, CIUSSS-CS-MTL

Partenaires : Jasline Flores, Institut de la Statistique du Québec (ISQ); Julie Laforest, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); Alena Valderrama, Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine (CHU-SJ); Rémi Bilodeau (du début du projet à octobre 2019) et André Tardif (de décembre 2019 à la fin du projet), À cœur d'homme; Louise Boucher (du début du projet à octobre 2018), Amélie Landry et Marie-Noëlle Angers (d'octobre 2018 à la fin du projet), Réseau des centres de ressources périnatales du Québec (RCRPQ); Kathy Mathieu, Table Carrefour Violence conjugale Québec-Métro (TCVC Québec Métro); Mylène Bigaouette, Fédération des maisons d'hébergement pour femmes; Maëcha Nault, Maison de naissance Côte des Neiges; Monica Dunn, Table de concertation en violence conjugale de Montréal (TCVCM)

Sources de financement : Cette recherche a été rendue possible grâce au soutien du Ministère de la santé et des services sociaux du gouvernement du Québec et du Fonds de recherche du Québec : Société et cultures, dans le cadre du programme « actions concertées en matière de violence conjugale ».

Certifications éthiques : Comité d'éthique de la recherche en Dépendance, Inégalités sociales, Santé publique du Centre interuniversitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Sud-de-l'Île-de-Montréal (référence : MP-DIS-1718-39), Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (référence : 2490_e_2018).

Étudiantes impliquées : coordonnatrice de recherche : Carole Boulebsol, UQAM-UdeM); auxiliaires de recherche, UQAM : Catherine Rousseau, Mélusine Dumerchat, Émilie Blanchette, Julie Tran, Claudelle Brazeau, Alexandra Toupin.

Annexe 4 : Fiche synthèse 2 (Volet 2)



ÉQUIPE
VIOLENCE
CONJUGALE



Recherche Appliquée et
Interdisciplinaire sur les Violences
Intimes, Familiales et Structurelles

Fiche synthèse
RECHERCHE
Octobre 2020

28

VIOLENCE CONJUGALE EN PÉRIODE PÉRINATALE (VCP) : EXPÉRIENCES ET DISCOURS SUR LA VIOLENCE ET LA PATERNITÉ D'HOMMES SE RECONNAISSANT COMME AUTEURS

(418) 656-3286



raiv.info@ulaval.ca



raiv.ulaval.ca

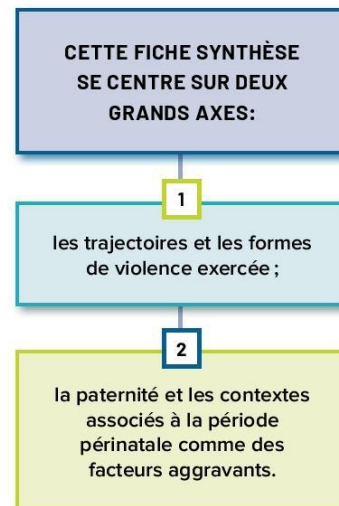


Boulebsol, C., Lévesque, S., Lessard, G., avec la collaboration de J. Laforest et de l'équipe de recherche du projet « Violence conjugale lors de la période périnatale et parentalité : documenter et comprendre, pour mieux intervenir et soutenir »

Problématique

Au Canada et au Québec, on estime qu'une femme sur dix est victime de violence conjugale en période périnatale (VCP) (Agence de la santé publique du Canada, 2009; Lévesque et Julien, 2019). Celle-ci renvoie à différentes formes de coercition exercée par un homme sur sa conjointe afin de la contrôler alors qu'elle est enceinte ou dans les 2 ans suivant la naissance de l'enfant. La VCP peut avoir de graves conséquences sur la mère comme sur l'enfant (McMahon et al., 2011; Pastor-Moreno et al., 2020) et compromet la relation que le père peut entretenir avec ce dernier (Lamb et al., 2018).

Une recherche qualitative menée par Edin et al. (2009) auprès de professionnel-le-s travaillant majoritairement avec des hommes ayant des comportements violents ou à risque de l'être rapporte que ces derniers identifient la grossesse comme un événement qui peut engendrer ou catalyser la violence au sein des couples. De la même manière, la transition à la parentalité et la période de la petite enfance engendrent une demande de soins réguliers, une prise en compte des besoins d'une tierce personne dépendante et l'aménagement du quotidien, ce qui peut contribuer à exacerber les réactions de certains pères (Edin et al. 2009; Håland et al., 2014). La transition à la parentalité serait souvent plus difficile pour les hommes auteurs de violence que pour ceux qui ne le sont pas (Edin et al. 2009). Les recherches féministes sur la violence conjugale se sont essentiellement concentrées sur les témoignages et les expériences des femmes victimes plutôt que celles des hommes auteurs (Kelly & Westmarland, 2016), mais il importe de mieux comprendre leurs expériences en lien avec leurs comportements violents, la paternité et les contextes qui s'y rapportent afin de renforcer les pratiques de prévention et d'intervention en la matière.



Cette fiche est la première d'une série de deux consacrées aux résultats d'une recherche partenariale¹ portant sur la VCPP en général, et ici, sur les expériences et témoignages d'hommes se reconnaissant comme auteurs de VCPP. Elle présente sommairement le cadre théorique et la méthodologie choisie pour se centrer ensuite sur deux grands axes: 1) les trajectoires et les formes de violence exercée; 2) la paternité et les contextes associés à la période périnatale comme des facteurs aggravants.

Cadre théorique et méthodologique

À partir d'une épistémologie constructiviste s'appuyant sur un double cadre théorique combinant la théorie des parcours de vie (Gaudet, 2014) et l'approche féministe intersectionnelle (Hill Collins & Bilge, 2016), une recherche exploratoire qualitative a été menée en collaboration avec six co-chercheurs et neuf partenaires de milieux institutionnels et communautaires.

6 ENTRETIENS
semi-dirigés
2018-2019

Six pères se reconnaissant comme auteurs de VCPP ont participé à des entretiens semi-dirigés d'une durée moyenne de 90 minutes, entre mai 2018 et juillet 2019. Les participants ont été recrutés via les groupes de soutien aux hommes qu'ils fréquentaient (n=3), des groupes communautaires (n=2) et les annonces en ligne (n=1). Pour participer, ils devaient avoir plus de 18 ans, avoir exercé de la VCPP dans les cinq dernières années et avoir eu des contacts réguliers avec leur enfants dans l'année. À partir de l'approche des calendriers de vie (Yoshihama et al., 2002), les entretiens semi-dirigés ont abordé plusieurs thèmes de manière séquentielle (avant, pendant et après la grossesse) parmi lesquels les trajectoires de violence exercée et l'expérience de parentalité. L'enregistrement audionumérique a permis la retranscription intégrale des entretiens puis leur codification via le logiciel Nvivo12. L'analyse thématique (L'Écuyer, 1987), le recours à des matrices de relations (Miles & Huberman, 2003), la rédaction de résumés et la représentation graphique des trajectoires ont soutenu une analyse approfondie à la fois horizontale et verticale, capable de dégager des pistes interprétatives à partir des ressemblances et des divergences repérées dans les récits (*ibid.*).

Présentation des participants

Au moment des entretiens, quatre participants avaient un enfant, un participant en avait deux et le dernier en avait quatre. Quatre participants étaient séparés de la conjointe avec laquelle ils avaient été violents. L'un d'eux était en processus pour obtenir la garde de son enfant, deux autres bénéficiaient d'une garde partagée, alors qu'un autre n'avait pas la garde, mais communiquait régulièrement avec son enfant. Au moment des entretiens, tous les pères recevaient du soutien en lien avec leur comportement de violence. Le tableau présenté ci-dessous illustre l'ensemble des caractéristiques des participants.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET FAMILIALES DES PÈRES (n=6)

ÂGE	n	OCCUPATIONS	n
18 à 25 ans	0	Travail	5
26 à 35 ans	1	Études	0
36 à 45 ans	3	À la maison	0
46 ans et plus	2	Recherche d'emploi	1

La **PREMIÈRE TRAJECTOIRE** est celle des répondants **ayant eu des comportements violents avant, pendant et après la grossesse** (n=3). Tous s'accordent sur le fait que la violence s'est aggravée au fil du temps. Pour certains, la période périnatale s'est caractérisée par des épisodes de VC de plus en plus rapprochés : « *on s'chicanait de plus en plus souvent... le ton montait, pis c'était rendu de plus en plus fréquent pour des trucs de plus en plus ridicules* » (P5). Un homme rapporte par exemple que la violence sexuelle, psychologique et verbale s'est accentuée durant le troisième trimestre de grossesse et qu'il a par ailleurs utilisé pour la première fois de la violence physique à l'égard de sa partenaire à ce moment-là. Un autre estime que dès la grossesse, sa violence s'est exacerbée et qu'il éprouvait de plus en plus de colère envers sa conjointe. Lors de l'entretien, il a confié : « *Je devenais encore plus violent. [...] J'aurais pu la tuer* » (P2). Les deux participants qui n'étaient plus avec la conjointe victime au moment des entretiens estimaient que la violence s'était arrêtée avec la rupture. Le troisième, qui était toujours avec sa conjointe, a rapporté avoir encore des comportements de violence au moment où il a été rencontré.

La **DEUXIÈME TRAJECTOIRE** est celle d'un répondant qui se distingue des autres puisqu'il est **le seul à avoir arrêté ses comportements de VC avant l'accouchement**. Il reconnaît avoir exercé de la violence psychologique et verbale envers sa conjointe sous différentes formes parmi lesquelles « [...] *frapper sur des objets, claquer des portes, pointer du doigt, avoir un regard menaçant...* » (P5). Au moment de l'entretien, son enfant a moins de six mois. Depuis le troisième trimestre de grossesse de sa conjointe, il fréquente des ressources pour hommes ayant des comportements violents ainsi qu'un psychologue de manière complémentaire, ce qui aurait contribué, selon lui, à mettre un terme à violence perpétrée auprès de sa conjointe.

La **TROISIÈME TRAJECTOIRE** (n=2) est différente dans la mesure où, selon ces pères, **la violence débute après la naissance de l'enfant**. Pour l'un d'eux, il s'agit de trois épisodes distincts de violence, surtout physique mais aussi verbale : « *Je l'ai frappé sur les côtés de la joue comme Bang ! Bang ! Bang ! [...] Elle avait des marques rouges. Oui. Elle avait des marques* » (P1). Selon lui, il est devenu violent surtout en réaction aux changements de comportements de sa conjointe, qu'il identifiait comme « relevant des hormones » : « *je trouvais épuisant les sautes d'humeur de madame. J'essayais toujours de garder mon calme, mais c'était difficile. Je trouvais ça difficile* » (P1). Pour l'autre, la violence s'est progressivement transformée. Il observe une escalade de la violence sur une période assez longue et au-delà de la séparation du couple. À la violence financière, verbale et psychologique se sont ajoutés le contrôle et la cyber-violence : « (...) *après le mouchard sur son cellulaire, j'ai gardé pendant des mois-là. J'ai enregistré toutes les conversations ou les textos qu'elle envoyait. Les conversations Messenger, j'avais accès à tous ses comptes de banque, à ses machins* » (P6). Dans ces deux situations, le couple était séparé et selon leurs témoignages, les participants ne faisaient plus preuve de violence au moment de la collecte de données.

1.2. Différentes formes de VCCP abordées par les auteurs : entre reconnaissance et atténuation de la gravité des actes et de la responsabilité des pères

Les participants ont tous rapporté avoir exercé de la violence psychologique et verbale pendant la période périnatale. Les insultes les plus souvent mentionnées concernaient la santé mentale des mères (« *Je lui ai dit : « Ferme ta gueule ! Va te faire soigner ! T'es une crisse de folle ! »* » (P1)), leur apparence (« *Je me souviens que je lui ai dit qu'elle s'habillait comme une pute* » (P3), ou encore leur intelligence (« *je la traitais de noms... [...] : « T'es une conne, t'es idiot, on voit bien que t'as pas le Q.I. »* » (P4). Quelques-uns ont fait usage de violence physique envers leur conjointe (la secouer, la gifler, la mordre, la frapper) et ont également rapporté avoir tapé contre des murs ou sur des tables pour leur faire peur. Un seul participant rapporte avoir exercé de la violence sexuelle, et un autre de la cyber-violence et de la violence financière.

Ici, il est pertinent de rappeler que ces résultats découlent de l'interprétation de la situation par les pères. L'un d'eux a mentionné par exemple que son ex-conjointe estimait que la VC avait commencé avant la naissance de leur enfant,

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET FAMILIALES DES PÈRES (n=6)

ORIENTATION SEXUELLE	n
Hétérosexuelle	5
LGBTQ+	1

LIEU DE NAISSANCE	n
Canada	4
Autre	2

NIVEAU D'ÉDUCATION COMPLÈTE	n
Primaire/secondaire	1
Cégep	2
Université	3

RELATION AVEC LA CONJOINTE VICTIME DE VCPP	n
Rupture	4
En couple	2

NOMBRE D'ENFANTS	n
Un	4
Deux	1
Trois	0
Quatre	1
Cinq	0

GARDE DES ENFANTS	n
Garde partagée	2
Garde exclusive	0
N'a pas la garde	1
En cours d'obtention de la garde exclusive	1
Habite avec la mère de l'enfant	2

RÉSULTATS

Les témoignages permettent de dégager deux ensembles de résultats. D'abord, trois trajectoires types de violence exercée ont été identifiées en s'appuyant sur les différentes formes de violence rapportées par les participants pendant la période périnatale. Ensuite, les conditions de la réalisation de la paternité et les représentations entourant la parentalité de la conjointe victime de VCPP ainsi que les contextes particuliers qui se rapportent à cette période sont également présentés.

1. La VCPP à la lumière des expériences et discours des pères-auteurs

1.1. Description de trois trajectoires types

TRAJECTOIRE	VC AVANT LA GROSSESSE (N=4)	VC PENDANT LA GROSSESSE (N=4)	VC APRÈS LA GROSSESSE (N=5)
1 (n=3)			
2 (n=1)			
3 (n=2)			

La **PREMIÈRE TRAJECTOIRE** est celle des répondants **ayant eu des comportements violents avant, pendant et après la grossesse** (n=3). Tous s'accordent sur le fait que la violence s'est aggravée au fil du temps. Pour certains, la période périnatale s'est caractérisée par des épisodes de VC de plus en plus rapprochés : « *on s'chicanait de plus en plus souvent... le ton montait, pis c'était rendu de plus en plus fréquent pour des trucs de plus en plus ridicules* » (P5). Un homme rapporte par exemple que la violence sexuelle, psychologique et verbale s'est accentuée durant le troisième trimestre de grossesse et qu'il a par ailleurs utilisé pour la première fois de la violence physique à l'égard de sa partenaire à ce moment-là. Un autre estime que dès la grossesse, sa violence s'est exacerbée et qu'il éprouvait de plus en plus de colère envers sa conjointe. Lors de l'entretien, il a confié : « *Je devenais encore plus violent. [...] J'aurais pu la tuer* » (P2). Les deux participants qui n'étaient plus avec la conjointe victime au moment des entretiens estimaient que la violence s'était arrêtée avec la rupture. Le troisième, qui était toujours avec sa conjointe, a rapporté avoir encore des comportements de violence au moment où il a été rencontré.

La **DEUXIÈME TRAJECTOIRE** est celle d'un répondant qui se distingue des autres puisqu'il est **le seul à avoir arrêté ses comportements de VC avant l'accouchement**. Il reconnaît avoir exercé de la violence psychologique et verbale envers sa conjointe sous différentes formes parmi lesquelles « [...] *frapper sur des objets, claquer des portes, pointer du doigt, avoir un regard menaçant...* » (P5). Au moment de l'entretien, son enfant a moins de six mois. Depuis le troisième trimestre de grossesse de sa conjointe, il fréquente des ressources pour hommes ayant des comportements violents ainsi qu'un psychologue de manière complémentaire, ce qui aurait contribué, selon lui, à mettre un terme à violence perpétrée auprès de sa conjointe.


La **TROISIÈME TRAJECTOIRE** (n=2) est différente dans la mesure où, selon ces pères, **la violence débute après la naissance de l'enfant**. Pour l'un d'eux, il s'agit de trois épisodes distincts de violence, surtout physique mais aussi verbale : « *Je l'ai frappé sur les côtés de la joue comme Bang ! Bang ! Bang ! [...] Elle avait des marques rouges. Oui. Elle avait des marques* » (P1). Selon lui, il est devenu violent surtout en réaction aux changements de comportements de sa conjointe, qu'il identifiait comme « relevant des hormones » : « *je trouvais épuisant les sautes d'humeur de madame. J'essayais toujours de garder mon calme, mais c'était difficile. Je trouvais ça difficile* » (P1). Pour l'autre, la violence s'est progressivement transformée. Il observe une escalade de la violence sur une période assez longue et au-delà de la séparation du couple. À la violence financière, verbale et psychologique se sont ajoutés le contrôle et la cyber-violence : « (...) *après le moucharid sur son cellulaire, j'ai gardé pendant des mois-là. J'ai enregistré toutes les conversations ou les textos qu'elle envoyait. Les conversations Messenger, j'avais accès à tous ses comptes de banque, à ses machins* » (P6). Dans ces deux situations, le couple était séparé et selon leurs témoignages, les participants ne faisaient plus preuve de violence au moment de la collecte de données.

1.2. Différentes formes de VCCP abordées par les auteurs : entre reconnaissance et atténuation de la gravité des actes et de la responsabilité des pères

Les participants ont tous rapporté avoir exercé de la violence psychologique et verbale pendant la période périnatale. Les insultes les plus souvent mentionnées concernaient la santé mentale des mères (« *Je lui ai dit : « Ferme ta gueule ! Va te faire soigner ! T'es une crisse de folle ! »* » (P1)), leur apparence (« *Je me souviens que je lui ai dit qu'elle s'habillait comme une pute* » (P3), ou encore leur intelligence (« *je la traitais de noms... [...] : « T'es une conne, t'es idiot, on voit bien que t'as pas le Q.I. »* » (P4). Quelques-uns ont fait usage de violence physique envers leur conjointe (la secouer, la gifler, la mordre, la frapper) et ont également rapporté avoir tapé contre des murs ou sur des tables pour leur faire peur. Un seul participant rapporte avoir exercé de la violence sexuelle, et un autre de la cyber-violence et de la violence financière.

Ici, il est pertinent de rappeler que ces résultats découlent de l'interprétation de la situation par les pères. L'un d'eux a mentionné par exemple que son ex-conjointe estimait que la VC avait commencé avant la naissance de leur enfant,

mais que lui ne partageait pas la même opinion. Un autre a partagé qu'il lui avait fallu du temps pour comprendre qu'en imposant des rapports sexuels quotidiens non consentis, il faisait preuve de coercition sexuelle. Aussi, si tous les participants se reconnaissent comme auteurs de VCPP, puisque c'était là un des critères d'inclusion pour participer à la recherche, nous remarquons que leur discours comprend parfois des effets d'atténuation de leur responsabilité ou de banalisation de la VCPP. À titre d'exemple, alors qu'un homme venait d'expliquer qu'il avait insulté et giflé sa conjointe à quelques reprises, il remarque également : « Ça n'a pas été des épisodes de violence si terribles que ça, là. Je ne sais pas si vous espérez que... je l'ai frappé à coup de poing. [...] Ça n'a pas été si terrible que ça, là ! Mais je l'ai quand même giflé assez sérieusement » (P1). D'autres vont aborder leur comportement en ces termes : « [...] J'ai juste perdu le contrôle » (P3); « J'avais un très mauvais contrôle sur moi-même » (P5); « J'étais un petit peu agressif » (P2).



Nous remarquons que leur discours comprend parfois des effets d'atténuation de leur responsabilité ou de banalisation de la VCPP.

La moitié des participants évoque des épisodes ponctuels de VCPP et l'autre a reconnu une sorte de « pattern » pour reprendre les mots de l'un d'entre eux. Certains participants semblaient relativiser leurs comportements dans la mesure où, toujours selon eux, ils n'avaient pas fait preuve de violence physique. Cette ambivalence entre la reconnaissance et l'atténuation se révèle aussi dans la manière dont la violence semble parfois justifiée. À plusieurs reprises, des pères ont mentionné avoir agi en réaction à un manquement ou un comportement de la conjointe. Par exemple, un homme explique : « elle était toute inquiète, tout ça, pis elle me rendait agressif » (P2). Un autre participant explique ses crises comme des signes de jalousie provoqués par les discussions de sa conjointe avec le voisin : [...] encore une fois j'essayais de la contrôler. Je lui disais « Non, tu dois te protéger. Et si un homme veut te toucher, toi il faut que tu lui dises non, non » (P3). Un autre estime que sa conjointe était elle-même violente avec lui et qu'elle le poussait à bout :

« Elle m'a craché au visage toute la journée et en m'insultant, et tout ça. J'ai essayé de la raisonner et à la fin de la journée, j'ai perdu patience et je l'ai prise comme ça et je l'ai secoué et là, elle a été saisie parce qu'elle ne m'avait jamais vu violent avec elle » (P1).

Un participant, au contraire, reconnaissait que rien ne justifiait ses comportements : « j'ai jamais réellement été provoqué » (P5).

2. La période périnatale : contextes aggravants et parentalité

2.1. La périnatalité : une période déstabilisante

Pendant la grossesse, les répondants des trajectoires 1 et 2 (n=4) rapportent tous avoir eu des comportements violents (contrôle, violence physique, verbale, psychologique et, dans une situation, violence sexuelle). Ils ont aussi pour point commun d'en avoir exercé avant que leur conjointe devienne enceinte, comme en témoigne ce participant : « Les premières fois que j'ai tapé dans un mur, c'était avant les enfants » (P4).

Quelques pères rapportent avoir été déstabilisés par les changements inhérents à cette période : le changement du corps de leur conjointe, la perte d'énergie et de disponibilité de leur conjointe, l'anticipation de l'avenir, la réalisation que la conjointe avait un contact avec le fœtus dont ils étaient privés, l'exacerbation de la volonté de la contrôler et d'avoir une forme de pouvoir sur l'enfant à naître. Dans ces situations, la grossesse semble marquer un tournant dans la dynamique de VC. Un répondant a remarqué un changement radical dans le rapport à sa conjointe : « Après, quand

elle est tombée enceinte...moi je pense que quelque chose dans mon cerveau a fait un switch. [...] c'est ça je pensais que vraiment [qu']elle...elle était à moi. [...], je suis devenu plus une personne qui voulait la contrôler » (P3). Un autre identifie avoir vécu beaucoup de pression et avoir choisi de se « décharger » en étant violent avec sa conjointe alors qu'elle était enceinte :

« Je ressentais beaucoup de pression, [...] j'étais très impatient. J'étais très fatigué... j'étais très impulsif, très irréfléchi... Tout ça a fait en sorte que j'en suis arrivé à ma blonde. C'était devenu un peu mon punching bag finalement [...]. Quand j'arrivais à la maison, je décantais de ma journée, pis je chialais, pis elle prenait la tasse » (P5).

Si dans quatre situations, la grossesse était planifiée et désirée, pour deux participants, elle n'était ni planifiée ni désirée. Pour l'un d'eux, alors qu'il y avait déjà eu des épisodes de VC, c'est l'annonce de la grossesse non planifiée qui marque l'intensification de la violence verbale, psychologique et physique. Ce dernier mentionne par exemple avoir asséner des coups dans le ventre de sa partenaire. Au contraire, dans la situation d'un autre participant, l'annonce de la grossesse a été perçue comme une excellente nouvelle : « c'était vraiment le meilleur cadeau, je me sentais très fier de pouvoir être papa » (P3).

2.2. Être père : un défi qui se situe le plus souvent entre plaisir et responsabilités

Après la naissance de leur enfant, les pères associés aux trajectoires 1 et 3 (n=5) déclarent avoir eu des comportements violents envers leur conjointe. La fatigue et le stress entraînés par la parentalité, cumulés avec les obligations professionnelles ou la précarité financière, sont évoqués comme des facteurs qui augmenteraient la VC exercée et contribueraient à l'exacerbation des conflits au sein du couple. Par exemple, un participant rapporte son état en ces termes :

« Ça m'épuisait littéralement m'occuper de l'enfant [...] Me réveiller la nuit pour lui donner les biberons, des trucs comme ça ou euh... Ça là... Ah, je trouvais ça épuisant ! Et puis, je trouvais épuisant les sautes d'humeur de... De madame. J'essayais toujours de garder mon calme, mais... Mais c'était... c'était difficile. » (P1)

Ainsi, les soins et l'attention donnés à l'enfant semblent apparaître comme des contextes particuliers à la période périnatale qui modulent les comportements de VC. Cela étant, cinq des six participants se sont dit heureux d'avoir un enfant et tous rapportent s'être impliqués dans la prise en charge. Pour la majorité, l'expérience a été agréable et ils ont tiré une certaine satisfaction à travers leur contribution aux tâches quotidiennes :

« [...] je cuisinais beaucoup, je lui donnais sa douche, je le changeais. Je me souviens que j'aimais vraiment m'occuper de lui, de voir comme qu'il était pur et qu'il était 100% dépendant de nous. [...] Donc, c'est ça, moi j'ai beaucoup aidé les premiers trois mois ou même plus » (P4).

Plusieurs ont aussi partagé avoir trouvé les premiers mois difficiles et la conciliation entre leurs responsabilités professionnelles et familiales assez fragile. Par exemple, un participant rapporte qu'avant même d'avoir terminé son congé parental, il a décidé de retourner travailler parce qu'il trouvait la situation à la maison trop exigeante et que sa conjointe pouvait mieux répondre aux besoins de l'enfant selon lui :

« Dans les premiers jours, c'est du grand bonheur, c'est du pur bonheur... J'ai été pleinement disponible pour mon fils et pour ma conjointe. Par contre, c'est sûr que [...] cinq semaines de congé parental, c'est... j'capotais là. C'était trop là. J'étais plus capable. Après trois semaines, fallait que... j'suis pas fait pour être encabané entre quatre murs, faut qu'ça bouge... [...] le bébé n'a pas besoin de moi là à cinq semaines, dans le premier mois. Il a vraiment besoin de sa mère. [...] » (P5).

Il reconnaît aussi avoir été préoccupé quant à son nouveau rôle : « [...] un peu de craintes aussi au travers de tout ça. Donc la crainte de l'inconnu, la crainte de ne pas être à la hauteur, etc. » (P5). Un autre père se distingue puisqu'il ne souhaitait pas l'enfant et n'appréciait pas de s'en occuper pendant que sa conjointe travaillait : « Pis elle, elle travaillait, pis moi j'étais obligé de le garder [...] D'habitude c'est les deux qui partagent, mais c'était tout le temps moi qui... je ne pouvais même pas aller au restaurant... » (P2).

Dans l'ensemble, les participants estimaient être de bons pères, même si plusieurs d'entre eux reconnaissaient qu'ils avaient besoin de développer des compétences parentales plus adéquates et de faire preuve d'autorité sans recourir à la menace ou la violence. Concernant l'appréciation de leur conjointe en tant que mère, un seul participant a remis en question ses compétences parentales tandis que tous les autres reconnaissaient les qualités de cette dernière.

Tous les hommes ayant été violents avec leurs conjointes en période postnatale remarquent que cela a pu se produire devant l'enfant ou les enfants. Trois répondants rapportent avoir également eu des comportements de violence verbale ou physique à l'endroit de ces derniers : « J'ai commencé à crier après le bébé, toute ça là... Ben, je parlais fort à l'enfant. (...) Parce qu'il fait juste pleurer » (P2). D'ailleurs, après un épisode où il a donné un coup à son enfant comme mesure disciplinaire, un père a réalisé la gravité de son geste et a lui-même contacté les services de protection de la jeunesse. Un autre participant rapporte qu'après avoir fait preuve de violence envers son enfant et que ce dernier l'ait rapporté à la mère, il s'est rendu compte qu'il y avait un écart entre le père qu'il souhaitait être et celui qu'il était au quotidien :

« Puis après ça, ma femme est venue m'en parler, puis là, j'ai su que j'avais dépassé une limite que je ne voulais absolument pas dépasser ! [...] Ça fit pas avec mes valeurs, avec ce que je voulais être comme père, ce que je voulais transmettre comme valeurs à mes enfants » (P4).

Ce décalage entre la paternité souhaitée et la paternité réalisée se retrouve dans plusieurs des témoignages reçus. La plupart ont mentionné leur préoccupation pour le bien-être de leur enfant et leur volonté de devenir de meilleur père, mais aussi leur difficulté à concilier toutes leurs responsabilités. Si l'un des pères qualifiait les premiers mois d'« enfer » alors qu'il devait donner le biberon et « supporter » les pleurs du bébé, la séparation du couple, le partage de la garde avec des droits de visite réguliers, le fait que l'enfant ait grandi et puisse s'exprimer ainsi que le soutien qu'il a reçu, entre autres, pour le renforcement de ses compétences parentales lui ont permis de développer une paternité plus positive et d'améliorer la relation avec l'enfant. Finalement, nous remarquons que c'est surtout par le biais des enfants et de la réalisation de l'impact de la dynamique sur leur développement, que la plupart des pères ayant exercé de la VC après la naissance ont réalisé que leur comportement était violent et qu'ils devaient le changer.

2.3. Des contextes de vie difficiles contribuent à l'exacerbation de la VCPP et aux difficultés d'être parent

En parallèle, les répondants ont identifié d'autres facteurs aggravants la VC parmi lesquels : vivre de la pression financière ou professionnelle (n=4), avoir soi-même vécu de la violence étant enfant (n=3), consommer de manière abusive de l'alcool ou des drogues (n=2), avoir des troubles de santé mentale, qu'ils soient diagnostiqués (n=2) ou non (n=1).

La pression financière et professionnelle, qui existait aussi avant la grossesse selon les participants, s'est accentuée pendant la période périnatale, entre autres par l'investissement des responsabilités familiales :

« Je voyais mon rôle de père comme le pourvoyeur, le chef de famille, la personne qui fait en sorte que personne ne manque de rien, que tout le monde soit confortable [...] Je me suis mis beaucoup de pression au niveau... au niveau financier [...] Toujours peur de manquer d'argent. Avec un enfant et une conjointe qui a un revenu qui diminue, ça ajoute du stress à c'niveau-là. » (P5).

Trois participants ont dévoilé avoir subi de la violence physique ou sexuelle de la part de l'un de leur parent ou de leur fratrie, mais chacun a développé des liens différents quant à leur propre violence envers leur conjointe. Pour l'un, la victimisation pendant l'enfance a contribué à le traumatiser et l'a conduit, dans une certaine mesure, non seulement à consommer mais aussi à ne pas reconnaître ce qui caractérise un comportement violent et à reproduire ce genre d'actes avec sa conjointe. Pour un autre, la violence infligée par sa mère et le caractère de celle-ci évoquaient, à ses yeux, le profil de son ex-conjointe et l'a encouragé, entre autres, à rompre. Pour le dernier participant concerné, penser à la violence de son père lui permet de mieux comprendre ses propres réactions envers sa conjointe et ses enfants, et ce même s'il estime ne pas avoir été battu pour reprendre ses termes alors qu'il relate des épisodes de violence physique :

« Il se trouve que mon père avait pas mal les mêmes patterns que j'ai en ce moment [...]. Mon père ne nous avait pas battus, mais t'sais, il avait été jusqu'au sang dans ses tapes sur les fesses, mettons. Il m'a déjà lancé contre un mur, il a déjà rentré mon frère dans un mur jusqu'à rentrer la tête dans le gyprock » (P4).

Deux hommes ont partagé des problèmes de consommation récurrents. Dans le cas d'un participant, le décès de son père lors de la grossesse a eu pour effet d'augmenter sa consommation de cannabis et d'alcool et d'exacerber sa violence. Selon lui, sa consommation de drogues est devenue de plus en plus problématique à mesure que l'enfant grandissait. La situation a eu un impact à la fois sur la manière dont la VCPP avait lieu et sur ses capacités à prendre soin de son enfant et à soutenir sa compagne : [...] elle devait comme prendre sa sieste et comme se coucher tôt, et moi je travaillais à ce moment-là, mais en même temps je me disais que c'était une excuse pour aller boire ou fumer... je pense que je l'abandonnais (P3). L'autre participant a quant à lui mentionné qu'il lui arrivait de laisser le bébé dans une pièce pendant qu'il consommait dans une autre pièce.

Concernant la santé mentale, trois hommes ont mentionné souffrir de troubles dont la dépendance, la dépression, la mésadaptation et un trouble de personnalité. Plusieurs ont rapporté vivre de la détresse et avoir beaucoup de difficulté à communiquer avec les autres et particulièrement avec leur conjointe au moment des faits :

« Quelque réponse émotionnelle que ce soit, que ce soit le stress, l'anxiété, la joie, la colère... habituellement j'réagis avec... violence... euh... avec colère, pardon. Je suis un poisson rouge au niveau du traitement des émotions » (P4).

Dans une moindre mesure, les pères immigrants ont soit mentionné les différences culturelles au sein de leur couple lorsque la conjointe était née au Canada, soit l'éloignement du réseau d'entraide dans le pays d'origine, comme des facteurs aggravants de la VCPP. Lors des entretiens, la majorité des pères ne semblaient pas tant vouloir justifier leur comportement de violence par les difficultés qu'ils rencontraient, mais ils en tenaient compte pour mieux comprendre et situer les contextes dans lesquels ils agissaient.

Discussion

L'objectif de ce volet de la recherche dédié à l'expérience des pères se reconnaissant comme auteurs de VCPP était de mieux comprendre comment, selon eux, la période périnatale contribuait à moduler les contextes et les comportements en lien avec la violence, d'explorer leur rapport à la parentalité, et de mieux cerner comment ils se représentent la violence exercée.

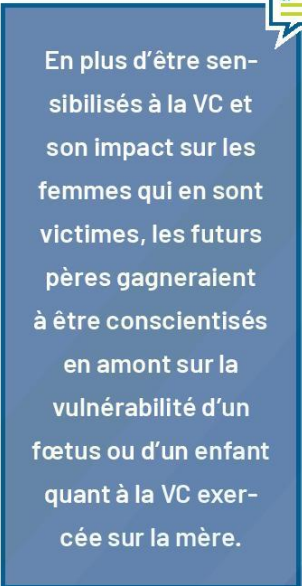
Dans un premier temps, selon nos résultats, la période périnatale s'accompagne dans la majorité des cas soit d'une apparition, soit d'une augmentation de la violence, et ce parfois dès l'annonce par la conjointe de la grossesse.

Ces résultats ont également été rapportés dans d'autres études portant sur les pères auteurs de VC (Håland et al., 2014) ou sur l'expertise des professionnel-le-s qui les accompagnent (Edin et al., 2009). Toutefois, bien que la violence se soit aggravée en période périnatale, un père a cessé d'en exercer avant la fin de la grossesse et un autre, dont les comportements violents avaient eu lieu juste après la naissance, rapporte avoir cessé en rompant avec sa conjointe alors que son enfant était âgé de quelques-mois. Cela étant, tous les pères qui ont rapporté avoir eu des comportements violents avant la grossesse ont également mentionné en avoir fait usage pendant la grossesse. Ainsi, cette période ne semble pas protéger leur conjointe, mais au contraire les exposer à un risque de victimisation accrue.

Après la naissance, les soins, la fatigue et le stress engendrés par la prise en compte des besoins de base des bébés et des enfants en bas âge semblent également déstabiliser les pères et contribuer à augmenter les risques de VCPP, des résultats aussi partagés par Håland et al. (2014). Les changements induits par la périnatalité dans le quotidien et les interactions avec leurs conjointes ont été identifiés comme des sources de colère et d'insatisfaction par plusieurs des hommes rencontrés. Ces résultats nous apparaissent préoccupants en regard du contexte stressant que cela occasionne pour les mères qui doivent à la fois se protéger contre la violence exercée par le partenaire et s'occuper du bébé. À cet effet, les résultats tirés de l'enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants du Québec rapportent que les mères victimes de VCPP sont proportionnellement plus nombreuses à rapporter un niveau élevé de stress - lié à la conciliation familiale et extrafamiliale de même qu'associé au tempérament de l'enfant - que les mères n'ayant pas été victimes de violence (Lévesque & Julien, 2019). Les témoignages des pères à ce sujet nous portent à croire que l'ampleur de la tâche parentale est méconnue et qu'ils sont peu préparés à vivre les changements importants associés à la transition à la parentalité.

À ces facteurs identifiés par les pères s'en ajoutent d'autres qui, selon eux, ont contribué à maintenir ou augmenter la VC, à savoir la pression économique, des problèmes de consommation ou des problèmes de santé mentale. Par exemple, deux pères rencontrés ont mentionné avoir pris conscience qu'ils avaient une problématique de consommation qui d'une part augmentait la violence et d'autre part limitait leur capacité à prendre soin de leur enfant, ce qui rejoint aussi les résultats d'autres études effectuées auprès de pères auteurs de VC (Bourassa et al., 2013; Stover et al., 2013; Håland et al. 2014; Lessard et al., 2020). Dans leur recherche qualitative et exploratoire sur la cooccurrence triple de la VC, des problèmes de santé mentale et des problèmes de consommation, Lessard et al. (2020) proposent l'analyse des témoignages de 15 mères, 16 pères et 12 adolescent-e-s directement concerné-e-s par la problématique. Bien qu'ils ne se concentrent pas particulièrement sur la périnatalité, une partie des résultats tirés des expériences des pères rejoignent ce qui a été avancé par les pères concernés dans notre échantillon. En effet, quelques-uns des hommes rencontrés consommaient avant de devenir pères; la consommation engendrait une désinhibition qui contribuait à l'augmentation de la violence et affectait en parallèle les compétences parentales au niveau du soin et de l'éducation des enfants. Dans notre échantillon, deux autres pères ont partagé avoir reçu un diagnostic de trouble de santé mentale et un troisième rapporte qu'il a eu des pensées suicidaires pendant la période périnatale.

La plupart des participants ont conscience que la VC a des impacts aussi sur leur capacité à être les pères qu'ils souhaitent être et plusieurs rapportent une dualité dans la construction de leur identité entre leur volonté d'être de bons pères et la reconnaissance de la violence dont ils font usage (Perel & Peled, 2008). D'un côté, des pères



En plus d'être sensibilisés à la VC et son impact sur les femmes qui en sont victimes, les futurs pères gagneraient à être conscientisés en amont sur la vulnérabilité d'un fœtus ou d'un enfant quant à la VC exercée sur la mère.

rapportent avoir exercé de la VC pendant la grossesse de leur conjointe et d'un autre côté, ils ont tous mentionné leur préoccupation quant à leurs enfants. Au niveau de la prévention, en plus d'être sensibilisés à la VC et son impact sur les femmes qui en sont victimes, les futurs pères gagneraient à être conscientisés en amont sur la vulnérabilité d'un fœtus ou d'un enfant quant à la VC exercée sur la mère (Håland et al., 2014). Cela étant, la conscientisation semble parfois limitée, dans la mesure où plusieurs pères ont fait part de situations qui, selon eux, démontraient que leur conjointe, voire parfois leurs enfants, « provoquaient » la violence par leur propre comportement. Cette forme d'ambivalence dans la reconnaissance de leurs responsabilités a été également documentée ailleurs (Edin & Nilsson, 2014; Håland et al., 2016). À l'instar d'autres recherches, nos résultats indiquent que tous les pères n'inscrivent pas la violence envers leur conjointe et celle envers leur enfant (exposée ou directe) dans un même continuum (Håland et al., 2014).

Si la plupart des hommes rencontrés évoquent la violence exercée en termes d'épisode, nous comprenons la VC comme une dynamique quotidienne d'agression, de risque ou de menace d'agression envers les conjointes. À l'instar d'autres chercheur-e-s (Kelly & Westmarland, 2016), nous remarquons que la plupart des hommes rencontrés associent la « vraie violence » ou la « violence grave » à des agressions physiques, bien qu'ils reconnaissent aussi que leur propos, leur attitude ou leur réaction peuvent constituer également de la violence. De la même manière, en évoquant des épisodes, on pourrait avoir l'impression qu'il s'agit là d'évènements isolés et non d'un contrôle général (Ibid). Dans le même ordre d'idée, nous avons observé parfois dans les discours des tentatives de symétrisation entre les comportements agressifs des mères rapportés et la violence exercée par les participants. Pourtant, si tous ont mentionné que leur conjointe avait eu peur d'eux et qu'eux-mêmes redoutaient parfois leur propre réaction, aucun n'a mentionné avoir craint pour sa sécurité ou son intégrité à cause du comportement de la mère.

Dans une visée préventive, nous croyons que les futurs parents devraient être mieux préparés à cette transition avant qu'elle ne survienne et qu'une sensibilisation au partage égalitaire des tâches associées aux soins de l'enfant devrait être mise de l'avant. Cette sensibilisation devrait être plus soutenue auprès des hommes qui exercent ou sont susceptibles d'exercer de la violence envers leur partenaire. Au niveau de l'intervention, il semble que bien que des hommes puissent se reconnaître comme auteurs de VC, un travail approfondi de conscientisation et de responsabilisation devrait être mené de manière à les accompagner dans le changement réel de leur comportement et dans la fin de toutes formes de violence envers leur conjointe, leur ex conjointe ou leur future conjointe ainsi qu'envers leurs enfants. S'il est documenté que les pères auteurs de VC sont présents dans la vie de leur enfant et ce même après la séparation (Humphrey et al. 2019), il est également recommandé de les accompagner dans l'exercice d'une parentalité exempté de coercition. Finalement, selon Thomson-Walsh et al. (2018), les difficultés rencontrées dans le couple en contexte de VC quant à la manière d'éduquer et de prendre soin des enfants continuent après la séparation. Selon ces autrices, l'implication des pères dans la conciliation des relations après la rupture devrait être assurée en amont du droit de garde des enfants.

Conclusion

L'analyse des témoignages et expériences des pères auteurs de VCPP permet plusieurs constats : la VC apparaît ou augmente pendant la période périnatale; la transition à la parentalité est fragilisée par le contexte de VC associé à d'autres contextes de vulnérabilité (stress professionnel et financier, consommation excessive, troubles de santé mentale, impacts de l'immigration). Dans la perspective féministe qui est la nôtre et qui est partagée par d'autres chercheuses et chercheurs dans le domaine, la considération pour la valorisation d'une relation adéquate entre un père et son ou ses enfant(s) ne représente pas un absolu dans la mesure où, en amont et en priorité, ce sont la sécurité et le bien-être des femmes et des enfants victimes qu'il s'agit de préserver. Finalement, de plus amples recherches devraient être menées sur la paternité en contexte de VC.

Références

- Agence de santé publique du Canada. (2009). *Ce que disent les mères: l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Gouvernement du Canada <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>
- Bourassa, C., Turcotte, P., Lessard, G. & Labarre, M. (2013). La paternité en contexte de violence conjugale. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 33(1), 149-167. <https://doi.org/10.3917/rief.033.0149>
- Bourassa, C., Labarre, M., Turcotte, P., Lessard, G., & Letourneau, N. (2014). Violence conjugale et paternité: les défis de l'intervention sociale. *Service social*, 60(1), 72-89. <https://doi.org/10.7202/1025134ar>
- Hill Collins, P., & Bilge, S. (2016). *Intersectionality*, Cambridge, UK ; Malden, MA: Polity Press.
- Edin, K., Hogberg, U., Dahlgren, L., & Lalos, A. (2009). The Pregnancy Put the Screws On: Discourses of Professionals Working With Men Inclined to Violence. *Men and Masculinities*, 11(3), 307-324. <https://doi.org/10.1177/1097184X06294010>
- Edin, K., & Nilsson, B. (2014). Men's violence. narratives of men attending anti-violence programmes in sweden. *Women's Studies International Forum*, 46(C), 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2013.12.006>
- Gaudet, S. (2013). Comprendre les parcours de vie: une lecture au carrefour du singulier et du social. In S. Gaudet, N. Burlone, & M. Lévesque (Eds.), *Repenser les familles et ses transitions. Repenser les politiques publiques* (pp. 15-51). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Håland, K., Lundgren, I., Eri, T., & Lidén, E. (2014). The Meaning of Men's Experiences of Becoming and Being Fathers, in Men Who Have Subjected Their Partners to Violence. *Fathering A Journal of Theory Research and Practice about Men as Fathers*, 12, 178-195.
- Håland, K., Lundgren, I., Liden, E., & Eri, T. S. (2016). Fathers' experiences of being in change during pregnancy and early parenthood in a context of intimate partner violence. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(30935), 1-10. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v11.30935>
- Humphreys, C., Diemer, K., Bornemisza, A., Spiteri-Staines, A., Kaspiew, R., & Horsfall, B. (2019). More present than absent: men who use domestic violence and their fathering. *Child & Family Social Work*, 24(2), 321-329. <https://doi.org/10.1111/cfs.12617>
- Kelly, L., & Westmarland, N. (2016). Naming and defining 'domestic violence': lessons from research with violent men. *Feminist Review*, 112(1), 113-127. <https://doi.org/10.1057/fr.2015.52>
- Lamb, K., Humphreys, C., & Hegarty, K. (2018). "your behaviour has consequences": children and young people's perspectives on reparation with their fathers after domestic violence. *Children and Youth Services Review*, 88, 164-169. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.03.013>
- L'Écuyer, R. (1987). L'analyse de contenu: notions et étapes. In J.-P. Deslauriers (Ed.), *Les méthodes de la recherche qualitative* (pp. 49-64). Sillery, QC: Les Presses de l'Université du Québec.
- Lévesque, S. et Julien, D. (2019). Violence conjugale en période périnatale. Dans M. E. Clément, D. Julien, S. Lévesque et J. Flores (dir.), *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4^e édition de l'enquête* (chap. 4, p. 103-122). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Lessard G., Lavergne, C., Lévesque S., Dumont, A., Alvarez-Lizotte, P., Meunier V., & Bisson, S. M. (2020). Cooccurrence violence conjugale, santé mentale ou consommation : mieux répondre aux besoins des familles. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 1-15, 1-15. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2020-004>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*: De Boeck.
- Perel, G., & Peled, E. (2008). The fathering of violent men constriction and yearning. *Violence Against Women*, 14(4), 457-482. <https://doi.org/10.1177/1077801208314846>
- Thompson-Walsh, C. A., Scott, K. L., Dyson, A., & Lishak, V. (2018). Are we in this together? post-separation co-parenting of fathers with and without a history of domestic violence are we in this together? *Child Abuse Review*, 27(2), 137-149. <https://doi.org/10.1002/car.2510>
- Stover, C., Easton, C., & McMahon, T. (2013). Parenting of Men With Co-Occurring Intimate Partner Violence and Substance Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(11), 2290-2314. <https://doi.org/10.1177/0886260512475312>
- Yoshihama, M., Clum, K., Crampton, A., & Gillespie, B. (2002). Measuring the Lifetime Experience of Domestic Violence: Application of the Life History Calendar Method. *Violence and Victims*, 17(3), 297-317.

1 **Chercheuse principale** : Sylvie Lévesque, UQAM

Co-chercheurs : Marie-Ève Clément, UQO; Mylène Fernet, UQAM; Julie Poissant, UQAM; Geneviève Lessard, ULaval; Nadia Giguère, CIUSSS Centre-Sud-de l'Île-de-Montréal (CIUSSS-CS-MTL); Chantal Lavergne, CIUSSS-CS-MTL

Partenaires : Jasline Flores, Institut de la Statistique du Québec (ISQ); Julie Laforest, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); Alena Valderrama, Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine (CHU-SJ); Rémi Bilodeau (du début du projet à octobre 2019) et André Tardif (de décembre 2019 à la fin du projet), À cœur d'homme; Louise Boucher (du début du projet à octobre 2018), Amélie Landry et Marie-Noëlle Angers (d'octobre 2018 à la fin du projet), Réseau des centres de ressources périnatales du Québec (RCRPQ); Kathy Mathieu, Table Carrefour Violence conjugale Québec-Métro (TCVC Québec Métro); Mylène Bigaouette, Fédération des maisons d'hébergement pour femmes; Maëcha Nault, Maison de naissance Côte des Neiges; Monica Dunn, Table de concertation en violence conjugale de Montréal (TCVCM)

Sources de financement : Cette recherche a été rendue possible grâce au soutien du Ministère de la santé et des services sociaux du gouvernement du Québec et du Fonds de recherche du Québec : Société et cultures, dans le cadre du programme « actions concertées en matière de violence conjugale ».

Certifications éthiques : Comité d'éthique de la recherche en Dépendance, Inégalités sociales, Santé publique du Centre interuniversitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Sud-de-l'Île-de-Montréal (référence : MP-DIS-1718-39). Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (référence : 2490_e_2018).

Étudiantes impliquées : coordonnatrice de recherche : Carole Boulebsol, UQAM-UdeM; auxiliaires de recherche, UQAM : Catherine Rousseau, Mélusine Dumerchat, Émilie Blanchette, Julie Tran, Claudelle Brazeau, Alexandra Toupin.

Annexe 5 : Fiche synthèse 3 (Volet 2)



Fiche synthèse
RECHERCHE 29
Octobre 2020

VIOLENCE CONJUGALE EN PÉRIODE PÉRINATALE (VCP) : RECHERCHE D'AIDE, IMPACTS ET RECOMMANDATIONS SELON DES HOMMES SE RECONNAISSANT COMME AUTEURS

(418) 656-3286



raiv.info@ulaval.ca



raiv.ulaval.ca



Boulebsol, C., Lévesque, S., Lessard, G., avec la collaboration de J. Laforest et de l'équipe de recherche du projet « Violence conjugale lors de la période périnatale et parentalité : documenter et comprendre, pour mieux intervenir et soutenir »

Problématique

Cette fiche est la seconde d'une série de deux fiches consacrées à une partie des résultats d'une recherche partenariale et interdisciplinaire menée sur la violence conjugale en période périnatale (VCP), c'est-à-dire sur la coercition exercée sous différentes formes par un homme sur sa conjointe entre le moment où cette dernière devient enceinte jusqu'au deux ans de l'enfant. Au Québec comme au Canada, il est estimé que la problématique concerne une femme sur dix (Agence de la santé publique du Canada, 2009; Lévesque et Julien, 2019). Il existe encore peu de recherches féministes sur la violence conjugale (VC) à partir de la perspective des hommes auteurs et encore moins en période périnatale (Bourassa et al., 2013; Håland et al., 2016; Kelly & Westmarland, 2016; Thompson-Walsh et al., 2018). Ce manque de connaissances a pour effet de limiter la compréhension de ce phénomène préoccupant et restreint l'élaboration d'interventions capables de soutenir ces pères dans leur conscientisation, leur responsabilisation et le changement de comportements (Peled & Perel, 2007; McGuinn et al., 2017; Scott et al., 2018). Si la première fiche présente les résultats de la recherche concernant les trajectoires et les formes de VCP exercée ainsi que les contextes aggravants repérés par les participants, cette deuxième contribution se centre sur les expériences de services, les trajectoires de soutien, les impacts des interventions et les recommandations des participants.

Il est documenté que pour éviter ou mettre fin à la VC, les hommes ont besoin d'être compris et accompagnés sur deux composantes centrales : 1) au niveau de la VC pour éviter la victimisation de leur conjointe et éventuellement des enfants; et 2) au niveau de leurs compétences parentales afin de renforcer une paternité responsable et positive pour leur(s) enfant(s) (Håland et al., 2014). L'accès volontaire à des services adaptés peut éventuellement les soutenir en ce sens (Bourassa et al. 2014).



Afin de contribuer au développement d'interventions adaptées à leurs réalités dans l'optique de favoriser la sécurité et le bien-être des enfants et des femmes et d'accompagner les hommes désireux de changer leurs comportements, nous avons mené une recherche qualitative auprès de six hommes se reconnaissant comme auteurs de VCPP.

Cadre théorique et méthodologique

Nous nous sommes appuyées sur un cadre théorique combinant la théorie des parcours de vie (Gaudet, 2014) et l'approche féministe intersectionnelle (Hill Collins et Bilge, 2016) afin de rendre compte de manière séquentielle et compréhensive de trajectoires et de profils diversifiés. Il était visé de rencontrer dix pères correspondant aux critères suivants : avoir 18 ans et plus, être le père d'un enfant avec lequel il y a eu des contacts dans l'année où se déroulait la recherche et se reconnaître comme ayant été auteur de VCPP dans les cinq dernières années. En dépit d'efforts soutenus et de stratégies de recrutement variées déployées dans différents milieux communautaires, institutionnels et de loisirs, de même que sur les réseaux sociaux, ce sont finalement six pères qui ont été rencontrés entre mai 2018 et juillet 2019. Ils ont été recrutés via les groupes de soutien aux hommes qu'ils fréquentaient (n=3), des groupes communautaires (n=2) et les annonces en ligne (n=1). Des entretiens semi-dirigés ont été menés puis analysés de manière thématique afin de dégager des unités de sens et des matrices de relations (L'Écuyer, 1987; Miles et Huberman, 2003).

6 ENTRETIENS
semi-dirigés
2018-2019

Présentation des participants

Quatre participants étaient nés au Canada, tandis que deux autres étaient immigrants. Un participant avait moins de 35 ans, trois participants avaient entre 36 et 45 ans et deux autres étaient âgés de plus de 46 ans. Alors que la majorité des participants se reconnaissait comme hétérosexuel, un homme s'identifiait comme homosexuel. Trois d'entre eux ont rapporté avoir complété des études universitaires, deux autres avaient mené des études collégiales et un autre a rapporté un niveau d'éducation primaire-secondaire. Quatre participants étaient séparés de la conjointe avec laquelle ils avaient exercé de la VCPP. Quatre participants avaient un enfant, un homme en avait deux et un autre en avait quatre. Au moment des entretiens, tous bénéficiaient de services en lien avec leurs comportements violents. Pour une présentation détaillée des participants de la recherche, nous référons les lectrices et lecteurs à la [première fiche](#) de cette série.

RÉSULTATS

1. Expérience de services

1.1. Éléments favorisant la prise de conscience quant à la violence exercée et la recherche de soutien

Plusieurs éléments semblent se combiner afin de sensibiliser les hommes auteurs de VCPP à la nécessité d'aller chercher du soutien au-delà de leur ami-e-s ou de leur famille. L'escalade des comportements de violence, la rupture d'avec la conjointe, la relation à l'enfant incluant des comportements de violence et de contrôle pouvant mener à un signalement à la DPJ et une expérience antécédente positive de soutien contribuent à favoriser la recherche de services.

Dans une situation, c'est la conjointe elle-même qui a fait les recherches pour les ressources et a demandé à son partenaire de les consulter. À l'inverse, un participant rapporte que c'est sa conjointe qui refusait de dévoiler la situation à leur médecin : « *Alors, elle ne voulait pas du tout que je parle et elle me disait : « Si tu fais ça, là... Je te laisse ! » [...] c'est pour ça je ne voulais pas en parler à aucun médecin, parce qu'elle m'interdisait d'en parler* » (P1). Si quatre participants n'étaient plus en couple avec la mère au moment de l'entretien, pour l'un d'eux, cela a été l'occasion de réaliser qu'il exerçait de la violence : « *Elle m'a laissé, parce que je lui parlais mal, je ne la respectais pas* » (P3). Pour un autre, ce n'est pas la rupture, mais la perte du contact avec les enfants à la suite d'un signalement qui a été un point tournant dans la recherche d'aide.

Certains hommes ont mentionné qu'ils avaient commencé à redouter leur propre réaction, à ne plus se reconnaître et ne plus être capables de contrôler ni leur colère, ni leur violence. Par exemple, un participant a partagé à ce sujet : « *J'avais peur de moi. J'avais envie de l'étrangler, tellement j'étais exaspéré par elle [...] J'avais peur de moi-même, là ! J'avais peur de... de ne plus me contrôler* » (P1). En ne se reconnaissant plus et en réalisant l'écart entre ce qu'ils souhaitaient être et ce qu'ils étaient devenus, les participants ont décidé de chercher du soutien.

Pour plusieurs, la prise de conscience concernant la violence perpétrée a été provoquée par un questionnement sur leur rôle de père, la figure paternelle qu'ils souhaitent investir et la volonté d'offrir à leur enfant un environnement calme et agréable : « *C'était vraiment dans l'optique de oui, régler mon problème, mais surtout de faire en sorte que mon fils arrive, vienne au monde dans notre maison dans un contexte autre que celui qui se produisait avant qu'il soit là* » (P5). Le passage d'une violence dirigée vers la conjointe à des comportements de violence envers les enfants a aussi contribué à la sensibilisation des pères quant à la gravité de leurs actions. À ce propos, un participant remarque :

« *L'événement déclencheur qui m'a fait aller voir ce groupe de soutien-là, c'est que ma fille un moment donné, j'y ai serré le bras pour la remettre à l'ordre. Puis elle est allée voir ma femme sans me le dire à moi... : « Maman, j'aime pas ça quand papa m'fait mal ». Fait que là je suis vraiment allé chercher de l'aide beaucoup plus loin là, que le simple psychologue deux-trois fois [par] année ! » (P4).*

En réalisant l'impact de la violence sur les enfants, plusieurs pères ont compris la nécessité d'être soutenus dans le processus de modification de leurs comportements. Ainsi, plusieurs rapportent avoir eu besoin d'outils pour adopter un regard critique sur leurs gestes, comprendre la violence et ses impacts, être en mesure de la prévenir notamment en étant attentif à leurs émotions et les manières de les exprimer, voire de les gérer : « *J'suis allé faire un suivi psychologique et tout ça, pour essayer de régler ces choses...juste pour prendre un p'tit pas de recul...* » (P6).

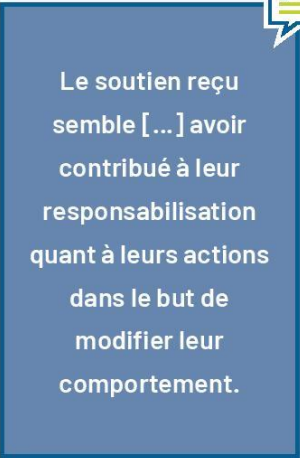
1.2. Différents types de soutien sont possibles, parfois de manière complémentaire

Tous les participants ont eu recours à du soutien quant à leurs comportements violents pendant la période périnatale. On observe trois patrons de fréquentation des services : un père a consulté avant, pendant et après la grossesse de sa conjointe; un autre a eu du soutien pendant et après la grossesse; tandis que quatre participants ont utilisé des ressources en ce sens pendant la période postnatale uniquement. Plusieurs avaient également consulté des ressources individuellement dans les mois ou les années qui ont précédé la VCPP et ce, pour d'autres raisons (problèmes de santé physique, toxicomanie, troubles de l'humeur, etc.). D'ailleurs, des pères (n=3) se sont d'abord confiés à des professionnel-le-s qu'ils connaissaient avant de chercher du soutien spécifique à la violence exercée. Aucun des participants n'avait arrêté les suivis au moment où nous les avons rencontrés. Au contraire, plusieurs redoutaient la fin de ces interventions et espéraient pouvoir les poursuivre sur une période plus ou moins longue.

De façon générale, les pères ont consulté des groupes de soutien pour hommes ayant des comportements violents (n=5), des psychologues (n=3) via les programmes d'aide aux employé-e-s, le CLSC ou en bureau privé, des professionnel-le-s des services sociaux (n=2), la Direction de la protection de la jeunesse (n=2), des ressources spirituelles (n=2) ou encore des organismes communautaires autres que ceux dédiés aux comportements violents (n=2). Il semble que la complémentarité du soutien individuel et du soutien en groupe ait été appréciée par les participants. Si plusieurs ont abordé ce sujet soit avec des leaders de leur communauté religieuse, des psychologues ou encore des médecins de famille, ils ont aussi eu recours à des dispositifs collectifs, bien que l'exposition de leur intimité devant un groupe ait pu représenter un défi au début : « *ça été quand même très confrontant pour moi... Ça été une grande leçon d'humilité... d'aller chercher de l'aide en groupe. Individuel, c'est tel que tel, en groupe, c'est autre chose* » (P5).

Finalement, plusieurs participants ont évoqué l'importance du caractère volontaire de l'engagement quant à l'utilisation de services. Par exemple, l'un d'eux, qui a été incarcéré suite à une plainte déposée par sa conjointe, mentionne qu'il n'était ni motivé, ni impliqué, dans les ateliers auxquels il avait accès en prison, comparativement à son implication dans un groupe après sa sortie. Un autre rapporte le décalage ressenti entre les participants : « *on sait très bien que ces thérapies-là, t'sais souvent y'a des gens qui sont judiciairisés... ou c'est pas tout l'monde qui se présente là sur une base volontaire. Moi j'me suis présenté là sur une base volontaire. C'était avec des gars qui ont fait des meurtres, pis des affaires de même là* » (P5).

Dans le même ordre d'idées, des participants ont remarqué que la présence d'hommes dans les groupes résultant d'une injonction du tribunal pouvait créer un décalage dans les motivations des participants d'un même groupe et une forte distinction entre eux : « *dans un groupe d'hommes y'en a qui ont fait d'la prison. J'ai jamais fait d'prison. Y'en a qui ont des trucs de coups et blessures et de voies de fait. Jamais eu ça contre moi là. Vous voyez ?* » (P6).



Le soutien reçu semble [...] avoir contribué à leur responsabilisation quant à leurs actions dans le but de modifier leur comportement.

2. Impacts des services

S'il a fallu aux participants des éléments de conscientisation pour recourir à des services dans un premier temps, le soutien reçu semble par la suite avoir contribué à leur responsabilisation quant à leurs actions dans le but de modifier leur comportement. Un autre impact rapporté renvoie à la construction d'une forme de paternité qui se distingue de celle qu'ils connaissent jusqu'à maintenant.

2.1. Devenir conscient de la gravité et des impacts de la VC exercée et prendre ses responsabilités

La conscientisation se produit notamment par l'accès à une information juste sur les différentes formes de violence et leurs répercussions : « *c'est important de nommer et d'identifier, clarifier, tous les événements. Parce que c'est... c'est important. Pas minimiser* » (P3). Un père a ainsi réalisé qu'il exerçait de la violence sexuelle et un autre a pu reconnaître que son comportement était coercitif, même s'il n'avait eu pas recours à la violence physique : « *T'sais, mais... mais c'est là que j'... que j'... j'ai pris conscience que la...t'sais la VC, souvent on pense que c'est sacrer une volée à sa blonde là. Mais c'est... c'est... c'est beaucoup plus large que ça là* » (P5). Plusieurs rapportent avoir eu besoin de mieux comprendre la dynamique de VC pour changer les comportements et désamorcer les situations : « *Il y avait que je voulais mieux comprendre, mais il y avait aussi que je sentais que je commençais à être à bout de nerf* » (P1).

Plusieurs ont également mentionné que les services leur avaient permis de se responsabiliser quant à leurs actes et leurs conséquences sur leur (ex)conjointe et leur(s) enfant(s) : « *Pis c'est... j'm'en rends compte suite à la thérapie, en fait. Parce qu'au départ, j'pensais que... tout était beau, pis c'était pas moi qui étais... que tout était le problème... pis moi je n'avais pas d problème là. T'sais, que l problème, c'était les autres. Pis c'était la situation... c'était les circonstances* » (P5).

Parfois, la prise de conscience a été amorcée par la reconnaissance de leur propre vécu de victimisation, le plus souvent lorsqu'ils étaient jeunes et dans un contexte familial où la violence était dirigée vers eux et banalisée (n=3) : « (...) *je me suis aperçu que j'avais beaucoup de blessures de mon enfance et que je ne les avais pas acceptées. Je commençais à reconnaître que j'avais un besoin d'aide* » (P3).

Le soutien reçu a contribué à diminuer les risques d'aggravation de la VC selon plusieurs pères. Par exemple, un participant commente l'impact du soutien reçu par son psychologue en ces termes :

« *Ça fait une grosse différence parce que je pense que s'il n'avait été là, [petit rire] je ne sais pas ce que j'aurais fait. J'aurais peut-être fait des actes de folie. J'aurais peut-être frappé plus, ou je ne sais pas quoi, là. Peut-être que j'aurais plus perdu le contrôle de moi. Alors, oui, ça m'a aidé. Oui, ça m'a aidé.* » (P1).

De la même manière, en s'impliquant dans les rencontres avec les professionnel-le-s, plusieurs rapportent avoir retrouvé du plaisir et se sentir mieux de manière générale. La prise de responsabilité semble aussi réactiver leur capacité à transformer leurs manières d'agir :

« *Ça fait une différence d'abord dans la façon dont moi je suis. Je suis plus heureux. J'suis plus grand. J'suis plus responsable. J'ai repris le contrôle de ma vie, parce que... j'ai arrêté d' minimiser ou de ne pas reconnaître c'que je faisais ou c'que j'avais fait.* » (P6).

À la lumière des témoignages, tous les participants ont fait état de changement dans leurs comportements suite au soutien reçu, même si deux des répondants rapportaient avoir encore des comportements violents au moment de la collecte de données : « *Ça m'a permis d'arrêter d'être dans une espèce de spirale super malsaine, focalisée sur le passé. Un passé négatif... mets-le dans une spirale positive, focalisée sur le futur, sur l'avenir* » (P6).

2.2. Devenir l'homme et le père que l'on souhaite être

Il semble que plusieurs pères aient pris conscience également de leur attachement à l'enfant et de leur volonté d'avoir une relation de qualité avec lui :

« *Et moi je... je l'aime, j'aime tellement mon bébé. Moi je pense que c'est comme moi en petit. Et que... il me manque tellement, comme maintenant c'est tous les jours je pleure.* » (P3)

De plus, des changements sont également rapportés en lien avec les compétences parentales et le renforcement de stratégies adéquates pour prendre soin de l'enfant et gérer la charge associée : « *de mieux me gérer, d'être moins colérique, d'être moins explosif, d'être plus patient... (...). J'pense que ça m'a appris à mieux me contenir dans ce genre de situations* » (P5).

Parfois, la prise de conscience a été amorcée par la reconnaissance de leur propre vécu de victimisation, le plus souvent lorsqu'ils étaient jeunes.

Des pères ont aussi mentionné que la participation à des groupes permettait non pas de banaliser, mais de collectiviser les expériences et de créer des liens :

« (...) ça met en relation des hommes ensemble et ça leur permet de discuter de sujets extrêmement profonds, sans tabous, sans jugement. Mais ça, c'est magique. C'est magique, parce qu'on apprend les uns des autres, et on est capable de se comparer et, d'une certaine façon, de se sentir beaucoup moins seul » (P6).

La plupart des participants ont reconnu la nécessité pour eux d'adopter un regard critique sur leurs expériences comme enfant puis comme adulte, et de questionner les modèles dont ils disposaient de manière à construire ensuite un modèle alternatif et positif de paternité dans lequel il leur sera possible de se reconnaître.

2.3. Évaluation et recommandations des pères quant aux services

Dans l'ensemble, les pères rencontrés ont fait mention de leur grande satisfaction quant aux services reçus dans le milieu institutionnel, tout comme dans le milieu communautaire. À la lumière des témoignages, les soutiens ont été appréciés dans la mesure où cela a permis le partage d'expérience sans jugement et l'accès à des outils concrets pour modifier les comportements. Cela étant, pour plusieurs, il a fallu attendre d'être bien référés avant d'avoir accès à du soutien spécialisé. Des pères ont mentionné qu'ils auraient eu besoin de services plus rapidement au niveau de la VC. Le référencement n'étant pas toujours optimal, les ressources se révèlent souvent pleines avec des listes d'attente de plusieurs mois. À ce sujet, un participant commente :

« Plus rapidement orienter les pères, (...) les psychologues ou les travailleurs sociaux devraient référer automatiquement à des groupes qui sont spécialisés là-dedans. Euh... moi y'a fallu que j'attende 6 mois avant d'avoir une place... Parce que c'est... c'est plein ! C'est sûr qu'il y a un manque de ressources à ce niveau-là » (P4).

Pour éviter de se retrouver face à un vide dans les services, de trop longs délais d'attentes ou des coûts importants en privé, des participants ont nommé l'importance d'agir de façon préventive sur la VC. Cela signifie notamment pour eux d'être en mesure d'identifier les émotions vécues, d'arriver à désamorcer les sentiments de colère qui peuvent mener à la violence et de reconnaître assez rapidement les situations où leurs comportements relèvent de la violence et du contrôle, au-delà du conflit.

Finalement, plusieurs insistent sur l'importance d'offrir des espaces sans jugement où les intervenant-e-s font preuve d'empathie. Par exemple, un père mentionne avoir apprécié la réaction des policier-e-s suite à un appel de sa conjointe :

« Ils m'ont dit : « Ça va. On n'est pas ici pour te juger et on est venu ici pour, si t'as besoin d'aide, on est là pour ça. On va pouvoir te référer et tout ». Pis, ils m'ont dit : « On a déjà parlé avec la maman de ton fils et on a donné aussi un endroit [pour] quelle puisse aller chercher de l'aide » (P3).

Quelques-uns insistent d'ailleurs sur cette première étape que représente l'écoute active, avant de passer à celle de la recherche de solution.


Discussion

L'objectif de ce volet de la recherche dédié à l'expérience des pères se reconnaissant comme auteurs de VCPP était de mieux comprendre leur trajectoires et l'impact des services avec lesquels ils ont été en interaction d'une part, et d'autre part de dégager ensuite des recommandations pour les pratiques et de futures recherches.

À l'instar d'autres recherches (McGuinn *et al.*, 2017), nos résultats témoignent d'expériences positives en lien avec l'intervention en matière de violence pour les hommes auteurs. Selon les répondants, la conscientisation se fait par étape et sur des périodes prolongées, à la fois au niveau de l'usage de VC et de l'investissement dans la paternité. Comme cela a été rapporté par plusieurs participants, il est documenté qu'il peut être difficile, au début d'une démarche en relation d'aide, de s'identifier comme violent, et que plusieurs hommes ont tendance à se distinguer des autres auteurs (Håland *et al.*, 2016), notamment parce qu'ils n'ont pas recours à de la violence physique (Edin *et al.*, 2009). On comprend ainsi que la conscientisation relève d'un processus dynamique (Bourassa *et al.*, 2013), qui implique plusieurs leviers. Par exemple, les pères peuvent éventuellement être sensibilisés à leur socialisation et à leurs propres expériences de victimisation (Håland *et al.*, 2014). Comme cela a été rapporté ailleurs (Edin *et al.*, 2009; Bourassa *et al.*, 2013), le fait de participer à des groupes de soutien ou d'avoir des consultations individuelles avec un-e professionnel-le leur permet le développement de stratégies alternatives et l'acquisition d'outils de gestion des émotions et de contrôle de la colère, en plus de les responsabiliser sur la gravité de la violence et de ses conséquences.

Ensuite, il est documenté que certains pères ont peur de perdre la face ou d'être stigmatisés lorsqu'ils reconnaissent qu'ils ont besoin de changer leurs comportements et de mettre fin à la VC (Perel et Peled, 2008; Håland *et al.*, 2014; 2016). C'est pourquoi il apparaît stratégique de proposer une intervention qui, sans banaliser la violence, offre un espace d'écoute active, respectueux et empathique. Il est recommandé de maintenir une empathie en reconnaissant aussi que ces pères peuvent être vulnérables, sans pour autant excuser leur comportement, ce qui compromettrait leur responsabilisation (Bourassa *et al.*, 2014; Håland *et al.*, 2016). Puisque les pères rencontrés se sont d'abord confiés à des professionnel-le-s qu'ils connaissaient ou avec lesquel-le-s il y avait une proximité ou une accessibilité facilitée (ex : programme d'aide aux employé.es), cela porte à croire que tout-e-s les intervenant-e-s peuvent être amené-e-s à repérer un comportement problématique de violence et à référer ces hommes à des organismes plus spécialisés. Ce n'est pas tant le mandat ou le contexte qui semblent important, mais bien la proximité, l'existence d'un lien et d'une confiance minimale qui semblent favoriser les dévoilements de ces pères.

Si les pères décident d'entreprendre une démarche pour obtenir du soutien, il semble que ce soit avant tout pour préserver ou construire un lien de qualité avec leur(s) enfant(s). Il semble aussi que tous les pères, sauf un, étaient préoccupés de l'impact de la VC sur leurs enfants¹. La majorité des répondants ont partagé leur préoccupation quant à l'impact de leurs comportements sur leur enfant, principalement la peur que ces derniers reproduisent aussi ce genre d'attitude et le souci que leur relation et leur lien d'attachement se dégradent. D'autres études rapportent les mêmes observations (Perel et Peled, 2008; Bourassa *et al.*, 2013; Håland *et al.*, 2014; Håland *et al.*, 2016). Pour plusieurs pères rencontrés qui ne voient plus leurs enfants de manière quotidienne, la volonté de renouer avec eux et d'établir plus de contacts réguliers constitue un véritable levier de motivation quant à leur participation à des suivis (Håland *et al.*, 2016). Les témoignages démontrent aussi, dans la plupart des cas, une volonté de construire une identité masculine et paternelle plus positive et valorisante. Or, la présence résiduelle de modèles parentaux rigides, voire violents, ou l'absence d'une figure paternelle positive (dans une moindre mesure d'une figure maternelle), constituent une entrave dans la construction d'une identité paternelle alternative (Perel et Peled, 2008; Bourassa *et al.*, 2013; Bourassa *et al.*, 2014; Håland *et al.*, 2014). Il est documenté que les enfants ont besoin que leur père reconnaisse la violence



Il est recommandé de maintenir une empathie en reconnaissant aussi que ces pères peuvent être vulnérables, sans pour autant excuser leur comportement, ce qui compromettrait leur responsabilisation.

¹ Celui qui ne l'a pas mentionné avait un enfant de moins d'un an et s'était séparé de la mère lorsque le bébé avait quelques mois.

exercée sur la mère ou sur eux afin de pouvoir construire une relation basée sur la confiance et la responsabilisation de l'auteur plutôt que des victimes (Lamb, Humphreys & Hegarty, 2018). De ce fait, il est recommandé d'accompagner les hommes dans le questionnement critique de ces représentations et dans la construction de nouveaux modèles, capable de garantir la sécurité et le bien-être des enfants et des relations égalitaires et exemptées de violence avec les femmes (Scott et al., 2018).

Enfin, si aucun père rencontré n'a rapporté avoir abandonné le programme de rencontres avec un-e professionnel-le quant à la VC, il est documenté que les hommes aux comportements violents ayant une problématique de consommation ou de santé mentale sont plus à risque d'interrompre le processus avant la fin de celui-ci (Léveillé et al. 2020). Il y a là une piste intéressante pour les milieux de pratique à retenir, dans la mesure où la cooccurrence de problématiques de VC, de consommation et de troubles de santé mentale influence les trajectoires au niveau de la VC et de la parentalité.

Les résultats de cette étude doivent toutefois être interprétés en regard des limites qui leur sont associées. Une des limites méthodologiques réside dans le petit échantillon qui ne permet pas d'atteindre une saturation empirique. Ces résultats ne peuvent pas, en ce sens, prétendre représenter l'expérience des pères auteurs de violence conjugale pendant la période périnatale. Les hommes auteurs de VC ne constituent pas un groupe homogène. Leurs parcours de vie s'inscrivent souvent dans des contextes où sont présents notamment des déterminants sociaux d'oppression et de marginalisation, dont notre petit échantillon ne suffit pas à rendre compte (Fleck-Henderson & Areán, 2004; Labarre & Roy, 2015). Une autre limite est corolaire aux critères d'inclusion, dans la mesure où les participants se reconnaissaient comme auteurs de VCPP, ce qui n'est pas le cas de tous les hommes ayant des comportements violents. Enfin, tous les répondants avaient amorcé des suivis avec des professionnel-le-s afin de comprendre leurs comportements et ses impacts et de les changer de manière à ne plus exercer de violence à l'encontre de leur partenaire ou de leur enfant. On peut formuler l'hypothèse que ce soutien les aide à prendre de la distance critique par rapport à la situation et à assumer en partie ou en totalité leur responsabilité, ce qui n'est pas le cas de tous les auteurs de VC en général et de VCPP en particulier (Bourassa et al. 2014).

Conclusion

Ce projet contribue, à l'instar des études antérieures, à documenter le recours aux services de pères auteurs de VC, en ciblant précisément la période périnatale. Malgré la taille réduite de l'échantillon, des pistes de réflexion et d'interventions sont proposées. Toutefois, de plus amples recherches sont à mener sur les liens entre les identités masculines, la violence conjugale et la paternité (Perel et Peled, 2008; Bourassa et al., 2013, 2014; Edin et Nilsson, 2016). Les résultats engendrés pourraient permettre d'adapter les pratiques de conscientisation auprès des pères, de les accompagner pour développer un regard à la fois critique et empathique sur leur propre histoire de vie afin de les encourager ensuite à être actif dans la construction de nouvelles identités et la mise en œuvre de comportements exempts de violence.

Références

- Agence de santé publique du Canada. (2009). *Ce que disent les mères: L'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Gouvernement du Canada <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>
- Bourassa, C., Turcotte, P., Lessard, G. & Labarre, M. (2013). La paternité en contexte de violence conjugale. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 33(1), 149-167. <https://doi.org/10.3917/rief.033.0149>
- Bourassa, C., Labarre, M., Turcotte, P., Lessard, G., & Letourneau, N. (2014). Violence conjugale et paternité: les défis de l'intervention sociale. *Service social*, 60(1), 72-89. <https://doi.org/10.7202/1025134ar>
- Hill Collins, P., & Bilge, S. (2016). *Intersectionality*, Cambridge, UK; Malden, MA: Polity Press.
- Edin, K., Hogberg, U., Dahlgren, L., & Lalos, A. (2009). The Pregnancy Put the Screws On: Discourses of Professionals Working With Men Inclined to Violence. *Men and Masculinities*, 11(3), 307-324. <https://doi.org/10.1177/1097184X06294010>
- Edin, K., & Nilsson, B. (2014). Men's violence. narratives of men attending anti-violence programmes in sweden. *Women's Studies International Forum*, 46(C), 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2013.12.006>
- Fleck-Henderson, A., & Areán, J. C. (2004). *Fathering After Violence: Curriculum Guidelines and Tools for Batterer Intervention Programs*. Retrieved from San Francisco: https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/Children_and_Families/Breaking_Cycle_Part1.pdf
- Gaudet, S. (2013). Comprendre les parcours de vie: une lecture au carrefour du singulier et du social. In S. Gaudet, N. Burlone, & M. Lévesque (Eds.), *Repenser les familles et ses transitions. Repenser les politiques publiques* (pp. 15-51). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Håland, K., Lundgren, I., Eri, T., & Lidén, E. (2014). The Meaning of Men's Experiences of Becoming and Being Fathers, in Men Who Have Subjected Their Partners to Violence. *Fathering A Journal of Theory Research and Practice about Men as Fathers*, 12, 178-195.
- Håland, K., Lundgren, I., Liden, E., & Eri, T. S. (2016). Fathers' experiences of being in change during pregnancy and early parenthood in a context of intimate partner violence. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(30935), 1-10. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v11.30935>
- Labarre, M., & Roy, V. (2015). Paternité en contexte de violence conjugale : Regards rétrospectif et prospectif. *Enfances, familles et générations*, 22, 1-26. <https://doi.org/10.7202/1031117ar>
- Lamb, K., Humphreys, C., & Hegarty, K. (2018). "your behaviour has consequences": children and young people's perspectives on reparation with their fathers after domestic violence. *Children and Youth Services Review*, 88, 164-169. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.03.013>
- L'Écuyer, R. (1987). L'analyse de contenu: notions et étapes. In J.-P. Deslauriers (Ed.), *Les méthodes de la recherche qualitative* (pp. 49-64). Sillery, QC: Les Presses de l'Université du Québec.
- Léveillé, S., Touchette, L., Ayotte, R., Blanchette, D., Brisson, M., Brunelle, A., Turcotte, C. & Lévesque, C. V. (2020). L'abandon thérapeutique, une réalité chez des auteurs de violence conjugale: Mieux comprendre les caractéristiques psychosociales de ces hommes. *Psychothérapies*, vol. 40(1), 39-51. <https://doi.org/10.3917/psys.201.0039>
- Lévesque, S. et Julien, D. (2019). Violence conjugale en période périnatale. Dans M. E. Clément, D. Julien, S. Lévesque et J. Flores (dir.), *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4^e édition de l'enquête* (chap. 4, p. 103-122). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- McGinn, T., McColgan, M., & Taylor, B. (2020). Male ipv perpetrator's perspectives on intervention and change: a systematic synthesis of qualitative studies. *Trauma, Violence & Abuse*, 21(1), 97-112. <https://doi.org/10.1177/1524838017742167>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*: De Boeck.
- Peled, E., & Perel, G. (2007). A conceptual framework for fathering intervention with men who batter. In J. L. Edleson & O. J. Williams (Eds.), *Parenting by men who batter: New directions for assessment and intervention* (pp. 85-101). New York (NY): Oxford University Press.
- Perel, G., & Peled, E. (2008). The fathering of violent men constriction and yearning. *Violence Against Women*, 14(4), 457-482. <https://doi.org/10.1177/1077801208314846>
- Thompson-Walsh, C. A., Scott, K. L., Dyson, A., & Lishak, V. (2018). Are we in this together? post-separation co-parenting of fathers with and without a history of domestic violence are we in this together? *Child Abuse Review*, 27(2), 137-149. <https://doi.org/10.1002/car.2510>
- Scott, K. L., Thompson-Walsh, C., & Nsiri, A. (2018). Parenting in Fathers Who Have Exposed Their Children to Domestic Violence: Identifying Targets for Change. *International Journal on Child Maltreatment: Research, Policy and Practice*, 1(1), 51-75. <https://doi.org/10.1007/s42448-018-0004-0>

1 **Chercheuse principale** : Sylvie Lévesque, UQAM

Co-chercheurs : Marie-Ève Clément, UQO; Mylène Fernet, UQAM; Julie Poissant, UQAM; Geneviève Lessard, ULaval; Nadia Giguère, CIUSSS Centre-Sud-de l'Île-de-Montréal (CIUSSS-CS-MTL); Chantal Lavergne, CIUSSS-CS-MTL

Partenaires : Jasline Flores, Institut de la Statistique du Québec (ISQ); Julie Laforest, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); Alena Valderrama, Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine (CHU-SJ); Rémi Bilodeau (du début du projet à octobre 2019) et André Tardif (de décembre 2019 à la fin du projet), À cœur d'homme; Louise Boucher (du début du projet à octobre 2018), Amélie Landry et Marie-Noëlle Angers (d'octobre 2018 à la fin du projet), Réseau des centres de ressources périnatales du Québec (RCRPQ); Kathy Mathieu, Table Carrefour Violence conjugale Québec-Métro (TCVC Québec Métro); Mylène Bigaouette, Fédération des maisons d'hébergement pour femmes; Maëcha Nault, Maison de naissance Côte des Neiges; Monica Dunn, Table de concertation en violence conjugale de Montréal (TCVCM)

Sources de financement : Cette recherche a été rendue possible grâce au soutien du Ministère de la santé et des services sociaux du gouvernement du Québec et du Fonds de recherche du Québec : Société et cultures, dans le cadre du programme « actions concertées en matière de violence conjugale ».

Certifications éthiques : Comité d'éthique de la recherche en Dépendance, Inégalités sociales, Santé publique du Centre interuniversitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Sud-de-l'Île-de-Montréal (référence : MP-DIS-1718-39). Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (référence : 2490_e_2018).

Étudiantes impliquées : coordonnatrice de recherche : Carole Boulebsol, UQAM-UdeM; auxiliaires de recherche, UQAM : Catherine Rousseau, Mélusine Dumerchat, Emilie Blanchette, Julie Tran, Claudelle Brazeau, Alexandra Toupin.

Annexe 6 : Portrait des participantes (Volet 1)

Tableau : Caractéristiques sociodémographiques des mères (n= 1264)

<i>Variables</i>	<i>%</i>
Âge à la naissance de l'enfant	
15 à 24 ans	4,0
25 à 34 ans	52,8
35 à 44 ans	40,6
45 ans et plus	2,2
Plus haut niveau de scolarité	
Collégial/universitaire	82,9
Primaire/secondaire	16,8
Emploi rémunéré	
Oui	80,3
Non	19,7
Type de ménage	
Monoparentale	10,0
Biparentale	87,4
Recomposée	2,6
Perception de sa situation économique	
À l'aise/revenu suffisant	94,0
Pauvre/très pauvre	6,0

Source des données : Institut de la statistique du Québec, La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales

Annexe 7 : Portrait des participantes (Volet 2)

Tableau : Caractéristiques sociodémographiques des mères (n=17)

<i>Variables</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Âge		
18 à 25 ans	3	18
26 à 35 ans	7	41
36 et plus	7	41
Lieu de naissance		
Canada	10	59
Autre	7	41
Orientation sexuelle		
Hétérosexuelle	17	100
LGBTQ+	0	0
Niveau d'éducation complété		
Primaire/secondaire	5	29
Cégep	3	18
Université	9	53
Occupation principale		
Travail	12	70
Études	3	18
À la maison	3	18
Recherche d'emploi	2	12
Autre	2	12
Relation avec le conjoint violent		
Rupture	14	82
En couple	3	18
Nombre d'enfants		
Un	8	47
Deux	6	35
Trois	1	6
Quatre	1	6
Cinq	1	6
Garde des enfants		
Garde partagée	1	6
Garde exclusive	11	64
N'a pas la garde	1	6
En cours d'obtention de la garde exclusive	2	12
Ne s'applique pas (habite avec le père de l'enfant)	2	12

Annexe 8 : Portrait des participants (Volet 2)

Tableau : Caractéristiques sociodémographiques des pères (n=16)

<i>Variables</i>	<i>n</i>
Âge	
18 à 25 ans	0
26 à 35 ans	1
36 à 45	3
46 ans et plus	2
Lieu de naissance	
Canada	4
Autre	2
Orientation sexuelle	
Hétérosexuelle	5
LGBTQ+	1
Niveau d'éducation complété	
Primaire/secondaire	1
Cégep	2
Université	3
Occupations	
Travail	5
Études	0
À la maison	0
Recherche d'emploi	1
Relation avec la conjointe victime de VCPP	
Rupture	4
En couple	2
Nombre d'enfants	
Un	4
Deux	1
Trois	0
Quatre	1
Garde des enfants	
Garde partagée	2
Garde exclusive	0
N'a pas la garde	1
En cours d'obtention de la garde exclusive	1
Habite avec la mère de l'enfant	2

Annexe 9 : Portrait des participant·e·s (Volet 3)

Tableau : Caractéristiques sociodémographiques des pères et informations complémentaires des professionnel·le·s (n=29)

<i>Variables</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Genre		
Femmes	26	89,5
Hommes	3	10,5
Âge		
18 à 25 ans	1	3,5
26 à 35 ans	8	27,5
36 à 45 ans	12	41,5
46 ans à 55 ans	5	17
56 ans et plus	1	3,5
Données manquantes	2	7
Milieu de travail au moment de la recherche	18	62
Milieu institutionnel	6	20,5
Centre Jeunesse et DPJ	10	34,5
CLSC	2	7
Centre hospitalier	11	38
Milieu communautaire	3	10,5
Groupe de soutien aux hommes	5	17
Groupe de soutien aux femmes victimes de VC et leurs enfants	3	10,5
Centre périnatal		
Niveau d'éducation complété		
Collège (régulier ou technique)	2	7
Universitaire – premier cycle	20	69
Universitaire –cycles supérieurs	6	20,5
Données manquantes	1	3,5
Domaine principal d'études		
Service social	15	51,5
Sciences infirmières	8	27,5
Psychoéducation/ éducation spécialisée	3	10,5
Criminologie	1	3,5
Psychologie	1	3,5
Données manquantes	1	3,5

Nombre d'années d'expérience dans le poste occupé au moment de la recherche		
Moins d'1 an	2	7
Entre 1 an et 3 ans	7	24
Entre 4 ans et 10 ans	9	31
Entre 11 ans et 20 ans	8	27,5
Depuis plus de 20 ans	2	7
Données manquantes	1	3,5
Pourcentage évalué de la clientèle directement concernée par la problématique de la VCPP		
Moins de 9 %	4	14
Entre 10 et 25%	14	48
Entre 26 et 50%	3	10,5
Plus de 50%	5	17
Ne parvient pas à évaluer	2	7
Données manquantes	1	3,5
Formation en violence conjugale reçue dans les 3 dernières années		
Oui	9	31
Non	19	65,5
Données manquantes	1	3,5
À l'aise d'aborder directement la VC avec les personnes qui reçoivent le service		
Oui	22	76
Non	6	20,5
Données manquantes	1	3,5