

# Évaluation des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale



OFFICE DES PERSONNES  
HANDICAPÉES DU QUÉBEC

*conjuguer*  
nos forces

ÉTUDES ET ANALYSES

**Évaluation des besoins  
d'adaptation des services  
offerts aux femmes  
handicapées victimes  
de violence conjugale**



**OFFICE DES PERSONNES  
HANDICAPÉES DU QUÉBEC**

*conjuguer*  
nos forces

**ÉTUDES ET ANALYSES**

## RÉDACTION

Émilie Larochelle  
Conseillère à l'évaluation et à la recherche  
Service de l'évaluation de l'intégration sociale  
et de la recherche

## COLLABORATION

Céline Marchand  
Conseillère  
Direction de l'intervention nationale

Karine Boucher  
Avocate  
Service juridique

Lucie Dugas  
Simon David Yana  
Conseillers à l'évaluation et à la recherche  
Service de l'évaluation de l'intégration sociale  
et de la recherche

Lucie Sarrazin  
Technicienne en statistiques  
Service de l'évaluation de l'intégration sociale  
et de la recherche

Sophie Janik  
Bibliothécaire  
Centre de documentation

## SUPERVISION

Isabelle Émond  
Chef du Service de l'évaluation de l'intégration  
sociale et de la recherche

## ÉDITION

Service des communications

## APPROBATION

Anne Hébert  
Directrice générale adjointe

Dépôt légal – 2010  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque et Archives Canada  
ISBN version imprimée : 978-2-550-60351-1  
ISBN version électronique : 978-2-550-60352-8

## COMITÉ INTERNE DE CONTENU

Katy Bendwell  
Josiane Corbeil  
Conseillères  
Direction de l'intervention  
collective régionale du Centre

Sabrina Collin  
Conseillère  
Direction de l'intervention nationale

Karine Levasseur  
Conseillère  
Direction de l'intervention  
collective régionale de l'Est

Ophélie Sylvestre  
Conseillère  
Direction de l'intervention  
collective régionale de l'Ouest

## RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU  
QUÉBEC (2010). *Évaluation des besoins  
d'adaptation des services offerts aux femmes  
handicapées victimes de violence conjugale*,  
Drummondville, Service de l'évaluation de l'inté-  
gration sociale et de la recherche, L'Office, 152 p.

.....  
*Ce document est disponible en médias adaptés  
sur demande.*

# REMERCIEMENTS

Nous souhaitons d'abord remercier tous les intervenants et les intervenantes qui ont participé à cette étude, de même que les établissements, les ressources et les organismes qui ont accepté de nous ouvrir leurs portes. Sans vous, le projet n'aurait pas pu se réaliser.

Nous tenons également à remercier chaleureusement les membres du comité consultatif:

- M<sup>mes</sup> **Christine Bouchard** et **Nathalie Cool**, successivement représentantes de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec.
- M<sup>mes</sup> **Wassyla Hadjabi**, **Lynda Langlois** et **Florence Pardo**, représentantes du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées.
- M<sup>me</sup> **Josée Laroche**, représentante de la Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
- M<sup>me</sup> **Carole Lazure**, représentante de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux.
- M<sup>mes</sup> **Lina Leblanc**, **Jocelyne Bélanger** et **Francine Hénault**, successivement représentantes du Service des personnes handicapées du MSSS.
- M<sup>me</sup> **Manon Monastesse**, représentante de la Fédération de ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec.
- M<sup>me</sup> **Louise Riendeau**, représentante du Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale.
- M<sup>me</sup> **Josée Saint-Pierre**, représentante de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement.

Votre contribution était essentielle à la bonne réalisation de ce projet. Nos échanges ont été des plus constructifs !

Enfin, un merci particulier à M<sup>me</sup> **Sylvie Pelletier**, de la Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec, pour vos commentaires ainsi que pour les suivis réalisés dans le cadre de l'enquête par questionnaire menée auprès des groupes de base du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées.



# TABLE DES MATIÈRES

---

## VIII LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

### 1 INTRODUCTION

#### 3 1. PROBLÉMATIQUE

- 3 1.1 HISTORIQUE DES INITIATIVES GOUVERNEMENTALES ET DÉFINITION DE LA VIOLENCE CONJUGALE
- 5 1.2 AMPLEUR DU PROBLÈME DE LA VIOLENCE CONJUGALE
- 6 1.3 DÉFINITION DE PERSONNE HANDICAPÉE ET PRÉVALENCE DE L'INCAPACITÉ AU QUÉBEC
- 9 1.4 ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LA VIOLENCE CONJUGALE À L'ÉGARD DES FEMMES HANDICAPÉES
  - 9 1.4.1 *Prévalence de la violence conjugale chez les femmes handicapées et facteurs associés à leur victimisation*
  - 12 1.4.2 *Accessibilité des ressources spécialisées en matière de violence conjugale*
  - 13 1.4.3 *Outils développés pour venir en aide aux intervenants et aux intervenantes*

#### 15 2. OBJECTIFS DU PROJET

#### 17 3. CADRE MÉTHODOLOGIQUE

- 17 3.1 POPULATION À L'ÉTUDE
- 18 3.2 PROCÉDURES
  - 18 3.2.1 *Mise sur pied de comités*
  - 19 3.2.2 *Questionnaires*
  - 19 3.2.3 *Collecte de données*
- 23 3.3 ANALYSE DES DONNÉES

#### 25 4. RÉSULTATS

- 25 4.1 MAISONS D'HÉBERGEMENT
  - 25 4.1.1 *Taux de réponse et portrait des maisons répondantes*
  - 27 4.1.2 *L'accessibilité des lieux*
  - 28 4.1.3 *L'accès aux services*
  - 30 4.1.4 *L'accès aux documents*
  - 31 4.1.5 *La formation du personnel*
  - 32 4.1.6 *L'intervention auprès de femmes handicapées victimes de violence conjugale*
    - 33 4.1.6.1 Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale
    - 34 4.1.6.2 Incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement
    - 35 4.1.6.3 Incapacité motrice
  - 37 4.1.7 *Les collaborations et les partenariats*

<b>38</b>	<b>4.2</b>	<b>CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX</b>
<b>38</b>	<b>4.2.1</b>	<i>Taux de réponse et portrait des répondants et des répondantes</i>
<b>41</b>	<b>4.2.2</b>	<i>L'accès aux services</i>
<b>42</b>	<b>4.2.3</b>	<i>La formation du personnel</i>
<b>42</b>	<b>4.2.3.1</b>	<i>Violence conjugale</i>
<b>44</b>	<b>4.2.3.2</b>	<i>Intervention auprès des personnes handicapées</i>
<b>45</b>	<b>4.2.4</b>	<i>Les outils d'identification de cas</i>
<b>47</b>	<b>4.2.5</b>	<i>L'identification de cas et l'intervention auprès de femmes handicapées victimes de violence conjugale</i>
<b>49</b>	<b>4.2.5.1</b>	<i>Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale</i>
<b>51</b>	<b>4.2.5.2</b>	<i>Incapacité intellectuelle</i>
<b>53</b>	<b>4.2.5.3</b>	<i>Incapacité motrice</i>
<b>55</b>	<b>4.2.6</b>	<i>Les collaborations et les partenariats</i>
<b>57</b>	<b>4.3</b>	<b>CENTRES DE RÉADAPTATION</b>
<b>57</b>	<b>4.3.1</b>	<i>Taux de réponse et portrait des répondants et des répondantes</i>
<b>58</b>	<b>4.3.2</b>	<i>La formation du personnel</i>
<b>59</b>	<b>4.3.3</b>	<i>La prévention et la sensibilisation</i>
<b>59</b>	<b>4.3.4</b>	<i>L'identification de cas de violence conjugale</i>
<b>61</b>	<b>4.3.5</b>	<i>L'intervention auprès de femmes handicapées victimes de violence conjugale</i>
<b>63</b>	<b>4.3.6</b>	<i>Les collaborations et les partenariats</i>
<b>64</b>	<b>4.4</b>	<b>GROUPES DE BASE DU MOUVEMENT D'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME DES PERSONNES HANDICAPÉES</b>
<b>64</b>	<b>4.4.1</b>	<i>Taux de réponse et portrait des organismes répondants</i>
<b>66</b>	<b>4.4.2</b>	<i>La formation du personnel</i>
<b>66</b>	<b>4.4.3</b>	<i>La prévention et la sensibilisation</i>
<b>67</b>	<b>4.4.4</b>	<i>L'identification de cas de violence conjugale</i>
<b>68</b>	<b>4.4.5</b>	<i>Les collaborations et les partenariats</i>
<b>71</b>	<b>5.</b>	<b>SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS</b>
<b>71</b>	<b>5.1</b>	<b>DOCUMENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE DE LA VIOLENCE CONJUGALE ENVERS LES FEMMES HANDICAPÉES</b>
<b>73</b>	<b>5.2</b>	<b>BESOINS D'ADAPTATION DES SERVICES OFFERTS AUX FEMMES HANDICAPÉES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE</b>
<b>73</b>	<b>5.2.1</b>	<i>Sensibilisation</i>
<b>73</b>	<b>5.2.1.1</b>	<i>Sensibilisation à la problématique de la violence conjugale</i>
<b>74</b>	<b>5.2.1.2</b>	<i>Sensibilisation aux réalités particulières vécues par les femmes handicapées</i>
<b>75</b>	<b>5.2.2</b>	<i>Formation</i>
<b>75</b>	<b>5.2.2.1</b>	<i>Besoins de formation liés à la violence conjugale</i>
<b>76</b>	<b>5.2.2.2</b>	<i>Besoins de formation liés à l'intervention auprès des personnes handicapées</i>
<b>77</b>	<b>5.2.3</b>	<i>Adaptation physique des lieux</i>
<b>78</b>	<b>5.2.4</b>	<i>Adaptation des outils</i>
<b>79</b>	<b>5.2.5</b>	<i>Partenariat et coordination des services</i>
<b>81</b>	<b>5.3</b>	<b>PISTES DE RECHERCHE</b>
<b>82</b>	<b>5.4</b>	<b>LIMITES MÉTHODOLOGIQUES</b>
<b>85</b>		<b>RETOMBÉES ANTICIPÉES DU PROJET</b>

87	<b>ANNEXE A</b>	↪ PRINCIPES DIRECTEURS DE LA <i>POLITIQUE D'INTERVENTION EN MATIÈRE DE VIOLENCE CONJUGALE : PRÉVENIR, DÉPISTER, CONTRER LA VIOLENCE CONJUGALE</i>
89	<b>ANNEXE B</b>	↪ DÉFINITION DES TYPES DE VIOLENCE
91	<b>ANNEXE C</b>	↪ LIMITES DE L'UTILISATION DES DONNÉES DE <i>L'ENQUÊTE SOCIALE GÉNÉRALE</i> ET DES STATISTIQUES POLICIÈRES POUR DOCUMENTER LA VIOLENCE CONJUGALE
93	<b>ANNEXE D</b>	↪ DÉFINITION DE PERSONNE HANDICAPÉE : QUELQUES NOTIONS IMPORTANTES
95	<b>ANNEXE E</b>	↪ EXEMPLE DE QUESTIONNAIRE
133	<b>ANNEXE F</b>	↪ TABLEAUX COMPARATIFS
137	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	

.....



# LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

---

7	<b>TABLEAU 1</b>	→ TAUX D'INCAPACITÉ SELON LE SEXE, QUÉBEC, 2006
8	<b>TABLEAU 2</b>	→ TAUX D'INCAPACITÉ SELON L'ÂGE, FEMMES AVEC INCAPACITÉ, QUÉBEC, 2006
8	<b>TABLEAU 3</b>	→ TAUX D'INCAPACITÉ SELON LE TYPE D'INCAPACITÉ, FEMMES DE 15 ANS ET PLUS, QUÉBEC, 2006
10	<b>TABLEAU 4</b>	→ VIOLENCE CONJUGALE AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES, FEMMES DE 15 ANS ET PLUS AVEC ET SANS INCAPACITÉ, CANADA, 2004
20	<b>TABLEAU 5</b>	→ RÉPARTITION DES MAISONS D'HÉBERGEMENT ET DES GROUPES DE BASE AYANT REÇU LE QUESTIONNAIRE SELON LES RÉGIONS ADMINISTRATIVES DU QUÉBEC
21	<b>TABLEAU 6</b>	→ RÉPARTITION DES GROUPES DE BASE AYANT REÇU LE QUESTIONNAIRE SELON LES TYPES D'INCAPACITÉ DES PERSONNES QUI BÉNÉFICIENT DE LEURS SERVICES
22	<b>TABLEAU 7</b>	→ RÉPARTITION DES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET DES CENTRES DE RÉADAPTATION AYANT REÇU LE QUESTIONNAIRE SELON LES RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES DU QUÉBEC
26	<b>TABLEAU 8</b>	→ TAUX DE RÉPONSE DES MAISONS D'HÉBERGEMENT SELON LES RÉGIONS ADMINISTRATIVES DU QUÉBEC
26	<b>TABLEAU 9</b>	→ TAUX DE RÉPONSE DES MAISONS D'HÉBERGEMENT SELON LEUR AFFILIATION
27	<b>TABLEAU 10</b>	→ MESURES D'ADAPTATION PRÉSENTES DANS LES MAISONS D'HÉBERGEMENT
28	<b>TABLEAU 11</b>	→ RÉPARTITION DES PLACES EN HÉBERGEMENT ACCESSIBLES AUX PERSONNES SE DÉPLAÇANT EN FAUTEUIL ROULANT PARI MI LES 53 MAISONS RÉPONDANTES SELON LES RÉGIONS ADMINISTRATIVES DU QUÉBEC
29	<b>TABLEAU 12</b>	→ SERVICES OFFERTS PAR LES MAISONS D'HÉBERGEMENT ADAPTÉS AUX CARACTÉRISTIQUES ET AUX BESOINS DES FEMMES HANDICAPÉES

29	<b>TABLEAU 13</b>	→ SERVICES OFFERTS PAR LES MAISONS D'HÉBERGEMENT QUI NE SONT PAS ADAPTÉS AUX CARACTÉRISTIQUES ET AUX BESOINS DES FEMMES HANDICAPÉES SELON LES TYPES D'INCAPACITÉ
31	<b>TABLEAU 14</b>	→ NOMBRE ET PROPORTION DE MAISONS D'HÉBERGEMENT QUI PEUVENT RÉPONDRE POSITIVEMENT À UNE DEMANDE D'ACCÈS AUX DOCUMENTS SELON LES TYPES DE FORMATS ADAPTÉS
32	<b>TABLEAU 15</b>	→ FRÉQUENCE D'INTERVENTION DES INTERVENANTES DES MAISONS D'HÉBERGEMENT AUPRÈS DE FEMMES HANDICAPÉES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE AU COURS DES DEUX ANNÉES PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE SELON LES TYPES D'INCAPACITÉ, 2007-2008 ET 2008-2009
33	<b>TABLEAU 16</b>	→ TYPES DE VIOLENCE SUBIE PAR LES FEMMES AYANT UNE INCAPACITÉ LIÉE À UN TROUBLE GRAVE DE SANTÉ MENTALE QUI ONT BÉNÉFICIÉ DES SERVICES DES 37 MAISONS RÉPONDANTES AU COURS DES DEUX ANNÉES PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, 2007-2008 ET 2008-2009
34	<b>TABLEAU 17</b>	→ CAUSES LES PLUS FRÉQUEMMENT MENTIONNÉES PAR LES INTERVENANTES DES 31 MAISONS RÉPONDANTES AFIN D'EXPLIQUER LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DES INTERVENTIONS MENÉES AUPRÈS DE FEMMES AYANT UNE INCAPACITÉ LIÉE À UN TROUBLE GRAVE DE SANTÉ MENTALE VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE, 2007-2008 ET 2008-2009
34	<b>TABLEAU 18</b>	→ TYPES DE VIOLENCE SUBIE PAR LES FEMMES AYANT UNE INCAPACITÉ INTELLECTUELLE OU LIÉE À UN TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT QUI ONT BÉNÉFICIÉ DES SERVICES DES 32 MAISONS RÉPONDANTES AU COURS DES DEUX ANNÉES PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, 2007-2008 ET 2008-2009
35	<b>TABLEAU 19</b>	→ CAUSES LES PLUS FRÉQUEMMENT MENTIONNÉES PAR LES INTERVENANTES DES 22 MAISONS RÉPONDANTES AFIN D'EXPLIQUER LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DES INTERVENTIONS MENÉES AUPRÈS DE FEMMES AYANT UNE INCAPACITÉ INTELLECTUELLE OU LIÉE À UN TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE, 2007-2008 ET 2008-2009
36	<b>TABLEAU 20</b>	→ TYPES DE VIOLENCE SUBIE PAR LES FEMMES AYANT UNE INCAPACITÉ MOTRICE QUI ONT BÉNÉFICIÉ DES SERVICES DES 22 MAISONS RÉPONDANTES AU COURS DES DEUX ANNÉES PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, 2007-2008 ET 2008-2009
36	<b>TABLEAU 21</b>	→ CAUSES LES PLUS FRÉQUEMMENT MENTIONNÉES PAR LES INTERVENANTES DES SEIZE MAISONS RÉPONDANTES AFIN D'EXPLIQUER LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DES INTERVENTIONS MENÉES AUPRÈS DE FEMMES AYANT UNE INCAPACITÉ MOTRICE VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE, 2007-2008 ET 2008-2009
37	<b>TABLEAU 22</b>	→ RECOURS AUX RESSOURCES ET AUX SERVICES SPÉCIALISÉS POUR PERSONNES HANDICAPÉES PAR LES INTERVENANTES DES 53 MAISONS RÉPONDANTES
39	<b>TABLEAU 23</b>	→ TAUX DE RÉPONSE DES CSSS SELON LES RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES DU QUÉBEC
40	<b>TABLEAU 24</b>	→ RÉPARTITION DES RÉPONDANTS ET DES RÉPONDANTES DES CSSS SELON LES RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES DU QUÉBEC
40	<b>TABLEAU 25</b>	→ RÉPARTITION DES RÉPONDANTS ET DES RÉPONDANTES DES CSSS SELON LEUR PROGRAMME-SERVICE DE RATTACHEMENT

- 41 **TABLEAU 26** → SERVICES OFFERTS PAR LES CSSS ADAPTÉS AUX CARACTÉRISTIQUES ET AUX BESOINS DES FEMMES HANDICAPÉES
- 42 **TABLEAU 27** → SERVICES OFFERTS PAR LES CSSS QUI NE SONT PAS ADAPTÉS AUX BESOINS ET AUX CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES HANDICAPÉES SELON LES TYPES D'INCAPACITÉ
- 43 **TABLEAU 28** → PROPORTION DES RÉPONDANTS ET DES RÉPONDANTES DES CSSS AYANT SUIVI UNE FORMATION RELATIVE À LA PROBLÉMATIQUE DE LA VIOLENCE CONJUGALE SELON LES PROGRAMMES-SERVICES
- 44 **TABLEAU 29** → PROPORTION DES RÉPONDANTS ET DES RÉPONDANTES DES CSSS AYANT SUIVI UNE FORMATION PORTANT SUR L'INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES HANDICAPÉES SELON LES PROGRAMMES-SERVICES
- 45 **TABLEAU 30** → PROPORTION DES RÉPONDANTES ET DES RÉPONDANTS DES CSSS FORMÉS NE S'ESTIMANT PAS APTÉ À INTERVENIR ADÉQUATEMENT AUPRÈS DE PERSONNES HANDICAPÉES SELON LES TYPES D'INCAPACITÉ
- 46 **TABLEAU 31** → PROPORTION DES RÉPONDANTS ET DES RÉPONDANTES DES CSSS DISPOSANT D'OUTILS D'IDENTIFICATION DE CAS EN MATIÈRE DE VIOLENCE CONJUGALE SELON LES PROGRAMMES-SERVICES
- 46 **TABLEAU 32** → OUTILS D'IDENTIFICATION DE CAS EN MATIÈRE DE VIOLENCE CONJUGALE DONT DISPOSENT LES RÉPONDANTS ET LES RÉPONDANTES DES CSSS ADAPTÉS AUX CARACTÉRISTIQUES ET AUX BESOINS DES FEMMES HANDICAPÉES
- 47 **TABLEAU 33** → OUTILS D'IDENTIFICATION DE CAS EN MATIÈRE DE VIOLENCE CONJUGALE DONT DISPOSENT LES INTERVENANTS ET LES INTERVENANTES DES CSSS QUI NE SONT PAS ADAPTÉS AUX CARACTÉRISTIQUES ET AUX BESOINS DES FEMMES HANDICAPÉES SELON LES TYPES D'INCAPACITÉ
- 48 **TABLEAU 34** → FRÉQUENCE D'IDENTIFICATION DE CAS DE VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES FEMMES HANDICAPÉES PAR LES RÉPONDANTS ET LES RÉPONDANTES DES CSSS SELON LES TYPES D'INCAPACITÉ
- 49 **TABLEAU 35** → TYPES DE VIOLENCE SUBIE PAR LES FEMMES AYANT UNE INCAPACITÉ LIÉE À UN TROUBLE GRAVE DE SANTÉ MENTALE VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE RENCONTRÉES PAR LES 82 RÉPONDANTS ET RÉPONDANTES DES CSSS
- 50 **TABLEAU 36** → ACTIONS ENTREPRISES PAR LES 82 INTERVENANTS ET INTERVENANTES DES CSSS À LA SUITE DE L'IDENTIFICATION D'UN CAS DE VIOLENCE CONJUGALE CHEZ UNE FEMME AYANT UNE INCAPACITÉ LIÉE À UN TROUBLE GRAVE DE SANTÉ MENTALE
- 51 **TABLEAU 37** → CAUSES LES PLUS FRÉQUEMMENT MENTIONNÉES PAR LES 29 INTERVENANTS ET INTERVENANTES DES CSSS AFIN D'EXPLIQUER LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DES INTERVENTIONS MENÉES AUPRÈS DE FEMMES AYANT UNE INCAPACITÉ LIÉE À UN TROUBLE GRAVE DE SANTÉ MENTALE VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE
- 51 **TABLEAU 38** → TYPES DE VIOLENCE SUBIE PAR LES FEMMES AYANT UNE INCAPACITÉ INTELLECTUELLE VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE RENCONTRÉES PAR LES 71 RÉPONDANTS ET RÉPONDANTES DES CSSS

- 52 **TABLEAU 39** → ACTIONS ENTREPRISES PAR LES 71 INTERVENANTS ET INTERVENANTES DES CSSS À LA SUITE DE L'IDENTIFICATION D'UN CAS DE VIOLENCE CONJUGALE CHEZ UNE FEMME AYANT UNE INCAPACITÉ INTELLECTUELLE
- 53 **TABLEAU 40** → CAUSES LES PLUS FRÉQUEMMENT MENTIONNÉES PAR LES 50 INTERVENANTS ET INTERVENANTES DES CSSS AFIN D'EXPLIQUER LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DES INTERVENTIONS MENÉES AUPRÈS DE FEMMES AYANT UNE INCAPACITÉ INTELLECTUELLE VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE
- 53 **TABLEAU 41** → TYPES DE VIOLENCE SUBIE PAR LES FEMMES AYANT UNE INCAPACITÉ MOTRICE VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE RENCONTRÉES PAR LES 68 RÉPONDANTS ET RÉPONDANTES DES CSSS
- 54 **TABLEAU 42** → ACTIONS ENTREPRISES PAR LES 68 INTERVENANTS ET INTERVENANTES DES CSSS À LA SUITE DE L'IDENTIFICATION D'UN CAS DE VIOLENCE CONJUGALE CHEZ UNE FEMME AYANT UNE INCAPACITÉ MOTRICE
- 55 **TABLEAU 43** → CAUSES LES PLUS FRÉQUEMMENT MENTIONNÉES PAR LES 32 INTERVENANTS ET INTERVENANTES DES CSSS AFIN D'EXPLIQUER LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DES INTERVENTIONS MENÉES AUPRÈS DE FEMMES AYANT UNE INCAPACITÉ MOTRICE VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE
- 55 **TABLEAU 44** → RECOURS AUX RESSOURCES SPÉCIALISÉES EN MATIÈRE DE VIOLENCE CONJUGALE PAR LES RÉPONDANTS ET LES RÉPONDANTES DES CSSS
- 56 **TABLEAU 45** → RECOURS AUX RESSOURCES SPÉCIALISÉES POUR PERSONNES HANDICAPÉES PAR LES RÉPONDANTS ET LES RÉPONDANTES DES CSSS
- 57 **TABLEAU 46** → TAUX DE RÉPONSE DES CENTRES DE RÉADAPTATION SELON LES TYPES D'ÉTABLISSEMENT
- 58 **TABLEAU 47** → RÉPARTITION DES RÉPONDANTS ET DES RÉPONDANTES DES CENTRES DE RÉADAPTATION SELON LES RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES DU QUÉBEC
- 60 **TABLEAU 48** → TYPES DE VIOLENCE SUBIE PAR LES FEMMES HANDICAPÉES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE RENCONTRÉES PAR LES 40 RÉPONDANTS ET RÉPONDANTES DES CENTRES DE RÉADAPTATION
- 61 **TABLEAU 49** → ACTIONS ENTREPRISES PAR LES 39 RÉPONDANTS ET RÉPONDANTES DES CENTRES DE RÉADAPTATION À LA SUITE DE L'IDENTIFICATION D'UN CAS DE VIOLENCE CONJUGALE CHEZ UNE FEMME HANDICAPÉE
- 63 **TABLEAU 50** → CAUSES LES PLUS FRÉQUEMMENT MENTIONNÉES PAR LES NEUF RÉPONDANTS ET RÉPONDANTES DES CRDI-TED AFIN D'EXPLIQUER LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DES INTERVENTIONS MENÉES AUPRÈS DE FEMMES HANDICAPÉES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE
- 63 **TABLEAU 51** → CAUSES LES PLUS FRÉQUEMMENT MENTIONNÉES PAR LES QUINZE RÉPONDANTS ET RÉPONDANTES DES CRDP ET DES ÉTABLISSEMENTS À MISSIONS COMBINÉES AFIN D'EXPLIQUER LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DES INTERVENTIONS MENÉES AUPRÈS DE FEMMES HANDICAPÉES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE

- 64 **TABLEAU 52** → RECOURS AUX RESSOURCES SPÉCIALISÉES EN MATIÈRE DE VIOLENCE CONJUGALE PAR LES RÉPONDANTS ET LES RÉPONDANTES DES CENTRES DE RÉADAPTATION
- 65 **TABLEAU 53** → RÉPARTITION DES GROUPES DE BASE AYANT RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE SELON LES RÉGIONS ADMINISTRATIVES DU QUÉBEC
- 65 **TABLEAU 54** → RÉPARTITION DES GROUPES DE BASE AYANT RÉPONDU AU QUESTIONNAIRE SELON LES TYPES D'INCAPACITÉ DES PERSONNES QUI BÉNÉFICIENT DE LEURS SERVICES
- 67 **TABLEAU 55** → TYPES DE VIOLENCE SUBIE PAR LES FEMMES HANDICAPÉES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE RENCONTRÉES PAR LES HUIT GROUPES DE BASE RÉPONDANTS
- 68 **TABLEAU 56** → ACTIONS ENTREPRISES PAR LES INTERVENANTS ET LES INTERVENANTES DES HUIT GROUPES DE BASE RÉPONDANTS À LA SUITE DE L'IDENTIFICATION D'UN CAS DE VIOLENCE CONJUGALE CHEZ UNE FEMME HANDICAPÉE
- 69 **TABLEAU 57** → RECOURS AUX RESSOURCES SPÉCIALISÉES EN MATIÈRE DE VIOLENCE CONJUGALE PAR LES GROUPES DE BASE

- .....
- 10 **FIGURE 1** → PROPORTION DE FEMMES AYANT SUBI DE LA VIOLENCE DE LA PART DE LEUR CONJOINT, FEMMES DE 15 ANS ET PLUS AVEC OU SANS INCAPACITÉ AYANT UN CONJOINT OU AYANT EU UN CONJOINT AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES, CANADA, 2004

# INTRODUCTION

Les femmes handicapées constituent un groupe de la population particulièrement vulnérable à la violence conjugale. En effet, elles risqueraient davantage que les autres femmes d'être victimes de violence de la part de leur conjoint et subiraient des formes plus sévères de violence (Brownridge 2006). Elles rapporteraient également de plus longues périodes d'abus (Nosek et autres 2001a). Pourtant, peu de ressources spécialisées en matière de violence conjugale leur sont accessibles, et les études sur l'accessibilité de ces ressources ainsi que sur la violence conjugale à l'égard des femmes handicapées se font rares.

C'est dans ce contexte que l'Office des personnes handicapées du Québec (l'Office) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) se sont engagés à documenter la problématique de la violence conjugale envers les femmes handicapées dans le cadre du *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale* (Québec 2004). Afin de remplir cet engagement, l'Office, en partenariat avec le MSSS, a entrepris en avril 2008 le projet intitulé *Évaluation des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale*. Ce projet vise à :

1. Documenter la problématique de la violence conjugale envers les femmes handicapées.
2. Évaluer les besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale par le réseau de la santé et des services sociaux et les maisons d'hébergement.
3. Formuler des recommandations visant la prévention de la violence conjugale auprès des femmes handicapées ainsi que l'adaptation des services aux réalités particulières vécues par celles-ci.

Ce projet d'évaluation, par ses résultats et ses recommandations, contribue également à répondre à l'une des priorités d'intervention de la politique gouvernementale *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*, soit agir contre toute forme d'exploitation, de violence et de maltraitance (Québec 2009 : 31). Rappelons que cette politique a été adoptée le 4 juin 2009 par le gouvernement du Québec et a pour but d'accroître, sur une période de dix ans, la participation sociale des personnes handicapées.

Dans ce rapport seront tout d'abord présentés les principales initiatives gouvernementales mises de l'avant afin de prévenir et de contrer la violence conjugale, la définition de la violence conjugale, quelques statistiques liées à ce problème, la définition de personne handicapée ainsi qu'un bref portrait des Québécoises handicapées âgées de 15 ans et plus. Suivra l'état des connaissances, qui inclut une recension des plus récents écrits sur la violence conjugale à l'égard des femmes handicapées et une analyse de quelques données du cycle 18 de l'*Enquête sociale générale* de 2004 portant sur la victimisation. En outre, les méthodes retenues afin de répondre aux objectifs du projet seront décrites. Ensuite, les résultats des quatre enquêtes par questionnaire menées dans le cadre du projet seront présentés de même que la synthèse regroupant les principaux constats issus de cette étude et les recommandations. Enfin, les retombées anticipées du projet viendront conclure le rapport.

# 1. PROBLÉMATIQUE

## 1.1 HISTORIQUE DES INITIATIVES GOUVERNEMENTALES ET DÉFINITION DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Dès le début des années 70, grâce à l'apport des groupes de femmes, les différentes instances gouvernementales reconnaissent non seulement l'importance et la gravité de la violence conjugale, mais aussi leur responsabilité en vue de la prévenir et de la contrer. Le gouvernement du Québec soutient alors diverses initiatives qui viennent en aide aux victimes de violence conjugale, notamment la mise sur pied des premières ressources d'hébergement pour femmes violentées, et se dote de moyens d'action. Pensons à la *Politique d'aide aux femmes violentées*<sup>1</sup> adoptée en 1985 par le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'à la politique conjointe d'intervention en matière de violence conjugale du ministère de la Justice et du Solliciteur général<sup>2</sup> rendue publique en 1986. Cette politique affirme, par ailleurs, le caractère criminel des actes de violence commis dans un contexte conjugal et propose la judiciarisation comme l'une des réponses au problème.

Puis, en 1987, le gouvernement a mis sur pied le Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale et familiale<sup>3</sup>. Son rôle consistait « à assurer la cohérence et la complémentarité de l'action gouvernementale, [...] en vue de favoriser le développement d'une approche et d'une intervention globales et concertées, au bénéfice des clientèles » (Québec 1995 : 14). Dans cette perspective, il reçut, en avril 1993, le mandat d'élaborer un projet de politique gouvernementale relatif à la violence conjugale et à ses effets sur les enfants. Afin de réaliser ce mandat, le Comité interministériel a procédé à une vaste consultation

---

1 Cette politique avait pour objectifs « de diminuer la violence faite aux femmes, d'améliorer les services aux victimes et de contribuer au changement des attitudes et des mentalités » (Québec 1995 : 14).

2 En décembre 1986, le ministère du Solliciteur général est devenu le ministère de la Sécurité publique.

3 Ce comité est alors composé de personnes représentant les ministères de l'Éducation, de la Justice, de la Santé et des Services sociaux, de la Sécurité publique ainsi que les secrétariats à la Condition féminine et à la Famille.



écrite et s'est adjoint un comité consultatif, formé de représentantes et de représentants des milieux communautaire, gouvernemental, parapublic, universitaire, associatif et de spécialistes. Cette opération a mené, en 1995, à l'adoption de la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : prévenir, dépister, contrer la violence conjugale* (Québec 1995) et du plan d'action s'y rattachant. Cette politique est fondée sur neuf principes directeurs (annexe A) et présente quatre axes d'intervention prioritaires, soit la prévention, le dépistage, l'adaptation aux réalités particulières et l'intervention. Elle définit également ce qu'est la violence conjugale :

« La violence conjugale se caractérise par une série d'actes répétitifs, qui se produisent généralement selon une courbe ascendante. Les spécialistes appellent cette progression "l'escalade de la violence". Elle procède, chez l'agresseur, selon un cycle défini par des phases successives marquées par la montée de la tension, l'agression, la déresponsabilisation, la rémission et la réconciliation. À ces phases correspondent chez la victime la peur, la colère, le sentiment qu'elle est responsable de la violence et, enfin, l'espoir que la situation va s'améliorer. Toutes les phases ne sont pas toujours présentes et ne se succèdent pas toujours dans cet ordre.

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 réaffirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extramaritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie » (Québec 1995 : 23).

Notons que les différents types de violence mentionnés ci-dessus sont définis à l'annexe B de ce rapport.

Enfin, le plus récent moyen d'action dont s'est doté le gouvernement du Québec afin de prévenir et de contrer la violence conjugale constitue le *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale* (Québec 2004). Adopté et rendu public en décembre 2004, ce plan d'action contient 72 engagements et s'articule autour de 4 axes : la prévention et la promotion, le dépistage et l'identification précoce, l'intervention socio-judiciaire et l'adaptation aux réalités particulières. Ce dernier axe vise les clientèles davantage vulnérables à la violence conjugale, entre autres les femmes handicapées. Quatre engagements concernent par ailleurs plus spécifiquement ces femmes :

- La mesure 47 : « Rejoindre les communautés autochtones et les clientèles vivant des réalités particulières<sup>4</sup> par des activités de promotion et de prévention tant au niveau régional que provincial ».
- La mesure 50 : « S'associer à l'Office des personnes handicapées du Québec pour documenter la problématique de la violence conjugale envers les femmes handicapées ».

---

4 Les femmes âgées, les femmes handicapées, les femmes autochtones, les femmes immigrantes et les Québécoises des communautés culturelles, les lesbiennes, les gais et les hommes violents.

- La mesure 56 : « Améliorer la connaissance des besoins des clientèles vivant des réalités particulières afin que les intervenantes et les intervenants puissent adapter leurs interventions et leurs outils aux réalités de ces clientèles ».
- La mesure 57 : « Identifier et mettre en application des solutions globales et adaptées aux réalités des femmes handicapées » (Québec 2004 : 16-17).

## 1.2 AMPLEUR DU PROBLÈME DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Malgré les différentes initiatives soutenues par le gouvernement et les moyens d'action mis de l'avant pour contrer la violence conjugale au cours des dernières années, la poursuite des actions demeure nécessaire, comme en témoignent les données qui suivent. Mentionnons, cependant, que l'incidence et la prévalence de la violence conjugale au sein d'une population sont difficiles à évaluer d'un point de vue statistique. Les données d'enquêtes populationnelles et les statistiques policières reflètent rarement l'étendue réelle du problème de la violence conjugale.

Par exemple, l'échantillon de l'*Enquête sociale générale* (ESG) de 2004 réalisée par Statistique Canada inclut uniquement des personnes qui parlent français ou anglais et qui vivent dans des ménages qui ont le téléphone. Certaines clientèles particulièrement vulnérables à la violence conjugale sont donc sous-représentées, voire exclues de cette enquête, notamment les femmes issues de communautés ethnoculturelles, les femmes autochtones, les femmes itinérantes et les femmes ayant une incapacité auditive ou liée à la parole. L'annexe C présente les autres limites associées à l'utilisation des données de l'ESG de 2004 ainsi que celles liées aux statistiques policières publiées par le ministère de la Sécurité publique du Québec (MSP).

---

### Selon les données du cycle 18 de l'ESG de 2004 :

- Au Québec, 1 femme sur 19 et 1 homme sur 24 ont été victimes de violence de la part de leur conjoint ou d'un ex-conjoint au cours des 5 années précédant l'enquête. Les taux de prévalence sur 5 ans de la violence conjugale s'établissent à 5 % chez les femmes (134 100 victimes) et à 4,2 % chez les hommes (98 900 victimes) en 2004 (Laroche 2007 : 17)<sup>5</sup>.

5 Les résultats de l'ESG de 2004, tout comme ceux de l'ESG de 1999, indiquent que les taux de prévalence de la violence conjugale observés au cours des cinq années précédant ces enquêtes sont semblables chez les hommes et les femmes au Canada. Mentionnons, toutefois, que les actes de violence subis par les femmes sont plus sévères que ceux subis par les hommes et que leurs conséquences physiques et psychologiques sont plus importantes (Conseil du statut de la femme 2005 : 9).

- Pour l'ensemble du Canada, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'être victimes de formes de violence « plus graves », par exemple être battues, étranglées, menacées ou attaquées avec une arme à feu ou un couteau, ou agressées sexuellement (Mihorean 2006 : 23).
- Pour l'ensemble du Canada, la violence conjugale risque, nettement plus chez les femmes que chez les hommes, de causer des blessures (respectivement 44 % et 19 %), de nécessiter des soins médicaux à l'hôpital ou des soins ou un suivi par un médecin ou une infirmière (respectivement 13 % et 2 %) (Laroche 2007 : 27).

### Selon les données du MSP :

- En 2007, 17 343 infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal ont été enregistrées par les corps policiers au Québec. Ces infractions représentaient 22 % de toutes les infractions contre la personne consignées au cours de l'année (MSP 2008 : 19-20).
- Un peu plus de la moitié de ces infractions étaient des voies de fait de niveau 1 (emploi de la force, tentative ou menace de l'utiliser). Suivaient principalement les menaces, le harcèlement criminel et les voies de fait de niveau 2 (porter, utiliser ou menacer d'utiliser une arme en se livrant à des voies de fait). Quant aux homicides, aux tentatives de meurtre et aux voies de fait de niveau 3 (blesser, mutiler, défigurer ou mettre la vie en danger en se livrant à des voies de fait), ils composaient moins de 1 % de ces infractions (MSP 2008 : 3).
- Les corps de police enregistrent beaucoup plus d'infractions dans un contexte conjugal contre les femmes que contre des hommes, quelle que soit la catégorie d'infractions (MSP 2008 : 27).
- Plus de 8 victimes sur 10 d'infractions perpétrées par des partenaires ou ex-partenaires intimes en 2007 étaient des femmes (MSP 2008 : 35).

---

## 1.3 DÉFINITION DE PERSONNE HANDICAPÉE ET PRÉVALENCE DE L'INCAPACITÉ AU QUÉBEC

En vertu de l'article 1, paragraphe g, de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (ci-après la Loi), une personne handicapée est :

« Toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes » (Québec 2005 : 1).

Cette incapacité peut être motrice, intellectuelle, liée à la parole, visuelle, auditive ou associée à d'autres sens. Elle peut être reliée à des fonctions organiques ou encore liée à un trouble envahissant du développement (TED) ou à un trouble grave de santé mentale (annexe D).

Au Québec, l'*Enquête sur la participation et les limitations d'activités* (EPLA), réalisée par Statistique Canada, constitue la principale source de données sur la population handicapée. L'EPLA est une enquête nationale postcensitaire qui permet de recueillir de l'information sur les adultes et les enfants ayant une incapacité. Elle permet la mesure de la prévalence de divers types d'incapacité et la description de plusieurs aspects de la vie et de la participation sociale des personnes handicapées. Aux fins de cette enquête, les personnes ayant une incapacité sont « celles qui ont déclaré qu'elles éprouvaient des difficultés dans leur vie quotidienne ou qui ont mentionné qu'un état physique ou mental ou un problème de santé réduisait la quantité ou le genre d'activités auxquelles elles pouvaient s'adonner » (Berthelot, Camirand et Tremblay 2006 : 29).

Selon l'interprétation de l'Office, la population visée par l'EPLA est compatible avec la définition de personne handicapée de la Loi. En effet, l'aspect « significatif » de l'incapacité est mesuré par une série de 23 questions de dépistage alors que l'aspect « persistant » de l'incapacité est évalué par une question portant sur la durée, c'est-à-dire une incapacité présente depuis au moins 6 mois (Office 2007).

D'après les données de l'EPLA 2006, le nombre de personnes handicapées est estimé à 768 140 parmi la population québécoise, ce qui représente un taux d'incapacité de 10 % (tableau 1). La répartition selon le sexe permet de constater que les femmes sont, en proportion, légèrement plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir une incapacité (11 % c. 10 %).

**TABEAU 1**  
**Taux d'incapacité selon le sexe, Québec, 2006**

	%	Population estimée
Hommes	9,6	348 410
Femmes	11,1	419 730
<b>Total</b>	<b>10,4</b>	<b>768 140</b>

Source : Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2006, Statistique Canada

Traitement : Institut de la Statistique du Québec 2009

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec 2010

Des 419 730 femmes ayant déclaré avoir une incapacité, 406 080 sont âgées de 15 ans et plus (tableau 2). Il est à noter que le taux d'incapacité augmente graduellement avec l'âge. Il passe de 2,2 % chez les enfants à près de 8 % chez les 15 à 64 ans, grimpe à un peu plus de 35 % pour les femmes âgées de 65 ans et plus et atteint 49 % chez les femmes âgées de 75 ans et plus.

TABLEAU 2

Taux d'incapacité selon l'âge, femmes avec incapacité, Québec, 2006

	%	Population estimée <sup>1</sup>
<b>Total – Tous âges confondus</b>	<b>11,1</b>	<b>419 730</b>
<b>Total – Âgées de moins de 15 ans</b>	<b>2,2</b>	<b>13 640</b>
<b>Total – Âgées de 15 ans et plus</b>	<b>12,8</b>	<b>406 080</b>
15 à 64 ans	7,9	206 110
15 à 34 ans	3,4	32 000
35 à 54 ans	8,4	98 780
55 à 64 ans	15,6	75 330
65 ans et plus	35,4	199 970
65 à 74 ans	23,4	71 240
75 ans et plus	49,3	128 730

1. Les chiffres ayant été arrondis, leur somme pour chacune des catégories peut différer du total indiqué.

Source : Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2006, Statistique Canada

Traitement : Institut de la Statistique du Québec 2009

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec 2010

En 2006, les types d'incapacité les plus répandus parmi la population de femmes handicapées âgées de 15 ans et plus sont les incapacités liées à la mobilité, à l'agilité et à la douleur (tableau 3). Environ 323 970 femmes de 15 ans et plus avaient une incapacité liée à la mobilité, soit 10 % des Québécoises adultes. Les incapacités liées à l'agilité et à la douleur touchent toutes deux 9 % d'entre elles. Parmi les types d'incapacité les plus répandus figurent aussi les incapacités liées à l'audition (3,1 %), à la vision (2,7 %), aux difficultés d'apprentissage (1,9 %) ainsi qu'à des troubles émotifs, psychologiques ou psychiatriques (1,8 %).

TABLEAU 3

Taux d'incapacité selon le type d'incapacité, femmes de 15 ans et plus, Québec, 2006

	%	Population estimée <sup>1</sup>
Audition	3,1	97 200
Vision	2,7	85 420
Parole	1,3	41 110
Mobilité	10,2	323 970
Agilité	9,3	295 380
Douleur	9,0	285 680
Apprentissage	1,9	61 430
Mémoire	1,1	33 900
Déficiência intellectuelle	0,4	11 360
Psychologique	1,8	57 990
Inconnu	0,3*	7 910*

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

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

Source : Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2006, Statistique Canada

Traitement : Institut de la Statistique du Québec 2009

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec 2010

## 1.4 ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LA VIOLENCE CONJUGALE À L'ÉGARD DES FEMMES HANDICAPÉES

L'état des connaissances qui suit inclut une recension des écrits sur la problématique de la violence conjugale envers les femmes handicapées et une analyse des données du cycle 18 de l'*Enquête sociale générale* (ESG) de 2004 portant sur la victimisation. Pour la revue de la littérature, des critères élargis de recherche ont dû être utilisés étant donné que la problématique est très peu documentée. La recension présente des études portant spécifiquement sur la violence conjugale envers les femmes handicapées ainsi que certaines recherches traitant de la violence en général. Ces écrits datent des vingt dernières années et sont essentiellement nord-américains. Des travaux australiens sont également cités.

En ce qui concerne l'ESG de 2004, ce sont les données canadiennes qui ont été analysées puisque, pour plusieurs des questions de l'enquête, l'effectif des répondantes avec incapacité sondées au Québec était insuffisant. Précisons également que peu de données ont pu être utilisées, la différence entre les femmes avec et sans incapacité étant rarement significative.

### 1.4.1 PRÉVALENCE DE LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES FEMMES HANDICAPÉES ET FACTEURS ASSOCIÉS À LEUR VICTIMISATION

La violence conjugale vécue par les femmes handicapées constitue une problématique méconnue et très peu documentée (Brownridge 2006; Curry, Hassouneh-Phillips et Johnston-Silverberg 2001; Nosek et autres 2001b). Ce manque d'attention s'expliquerait, en partie, par le mythe selon lequel ces femmes sont célibataires et asexuées (Barnett, Miller-Perrin et Perrin 2005; Nosek, Howland et Young 1997; Rivers Moore 1993). Pourtant, les recherches suggèrent que les auteurs de crimes violents les plus fréquents envers les femmes handicapées sont les conjoints (Milberger et autres 2003; Nosek, Howland et Young 1997) et que celles-ci risquent davantage que les autres femmes d'être victimes de violence dans un contexte conjugal (Brownridge 2006; Curry, Hassouneh-Phillips et Johnston-Silverberg 2001; Nosek et autres 2001b; Rivers-Moore 1993; Santé Canada 2004).

À cet égard, les données de l'ESG de 2004 révèlent que les femmes avec incapacité ont déclaré avoir subi de la violence de la part de leur conjoint au cours des cinq dernières années dans une proportion environ 50 % à 90 % plus élevée que les femmes sans incapacité, toutes proportions gardées (tableau 4).

**TABLEAU 4**  
**Violence conjugale au cours des 5 dernières années, femmes de 15 ans et plus avec et sans**  
**incapacité, Canada, 2004**

	Avec incapacité	Sans incapacité
Violence conjugale au cours des 5 dernières années, femmes – population totale <sup>1</sup>	6,9%	4,7%
Violence conjugale au cours des 5 dernières années de la part du conjoint actuel, femmes ayant un conjoint	5,3%*	2,8%
Violence conjugale au cours des 5 dernières années, femmes ayant déclaré avoir un conjoint ou avoir eu un conjoint au cours des 5 dernières années	10,8%	6,7%

1. Pour l'ensemble des femmes de 15 ans et plus, qu'elles soient seules ou avec un conjoint.

\* Coefficient de variation entre 16,6% et 33,3%; interpréter avec prudence.

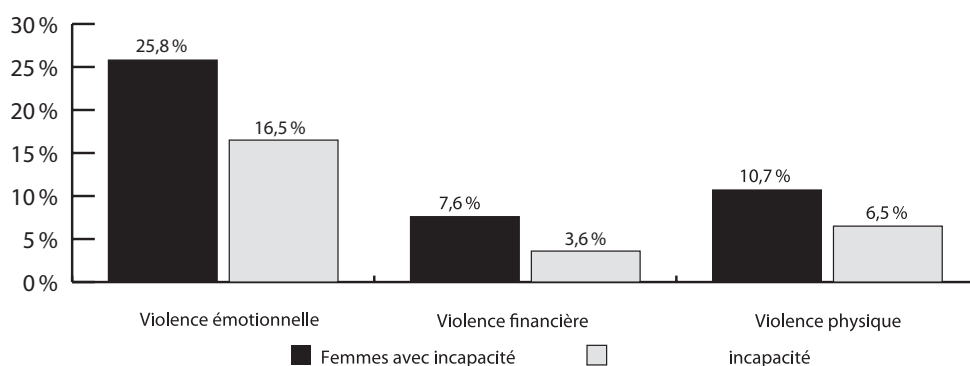
Source : Enquête sociale générale 2004, Statistique Canada

Traitement : Statistique Canada 2009

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec 2010

La figure 1 montre également que, peu importe le type de violence subie de la part du conjoint, les femmes avec incapacité en sont davantage victimes que les autres femmes. La violence émotionnelle (jalousie, dénigrement, limitation des contacts avec les proches) représente le type de violence le plus fréquemment rencontré dans un contexte conjugal. Chez les femmes avec incapacité, une femme sur 4 a déjà subi ce type de violence de la part d'un conjoint. De plus, les femmes avec incapacité sont environ deux fois plus nombreuses que les femmes sans incapacité à avoir été victimes de violence financière (8% c. 3,6%) (contrôle du revenu familial) ou de violence physique (11% c. 7%) (se faire battre, être giflée, poussée) de la part de leur conjoint.

**FIGURE 1**  
**Proportion de femmes ayant subi de la violence de la part de leur conjoint, femmes**  
**de 15 ans et plus avec ou sans incapacité ayant un conjoint ou ayant eu un conjoint**  
**au cours des 5 dernières années, Canada, 2004<sup>6</sup>**



Source : Enquête sociale générale 2004, Statistique Canada

Traitement : Statistique Canada 2009

Compilation : Office des personnes handicapées du Québec 2010

<sup>6</sup> Les questions sur la violence émotionnelle et la violence financière n'ont aucune référence temporelle. Ainsi, bien que la question ne soit posée qu'aux personnes ayant actuellement un conjoint ou ayant eu un conjoint au cours des cinq dernières années, la violence émotionnelle ou financière peut être survenue il y a plus de cinq ans, alors que les autres questions sur la violence conjugale ne portent que sur les incidents survenus dans les cinq années précédant l'enquête.

Les femmes handicapées subiraient par ailleurs des formes plus sévères de violence que les autres femmes (Brownridge 2006). Ainsi, selon l'ESG de 2004, elles étaient plus susceptibles que les femmes sans incapacité d'avoir été frappées avec un objet (6 % c. 2,8 %), giflées (3,7 % c. 2,4 %), d'avoir reçu un coup de pied (3,8 % c. 1,7 %) ou un coup de poing (3,2 % c. 1,3 %).

En outre, les femmes handicapées rapporteraient de plus longues périodes d'abus (Nosek et autres 2001a) et d'autres types de violence en lien avec leurs incapacités, tels que la négligence (Gauthier 2008; Rivers-Moore 1993; Santé Canada 2004; Sobsey 1994; Ticoll 1993) et la maltraitance (Gauthier 2008; Ticoll 1993).

Les termes « négligence » et « maltraitance » se définissent comme suit :

La négligence consiste en une omission. Elle comprend la privation volontaire (négligence active) et la privation non volontaire (passive) de la part de toute personne qui ne répond pas aux besoins de la personne dont elle a la responsabilité<sup>7</sup>. Elle peut, par exemple, se traduire par le refus de donner de la nourriture ou le manque de soins personnels et médicaux.

Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif ou une absence d'action appropriée se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort à la personne ou est susceptible de lui causer du tort. Ce geste, intentionnel ou non, est de nature interpersonnelle ou découle de l'organisation des services dans les divers milieux de vie de la personne<sup>8</sup>. Les recours à la médication et à des mesures de contention dans un contexte inapproprié représentent deux exemples de maltraitance.

La littérature scientifique identifie différents facteurs pouvant expliquer la plus grande vulnérabilité des femmes handicapées à la violence conjugale. Ces facteurs sont les déficiences ou les incapacités elles-mêmes (Carlson 1997), la dépendance économique (Nosek et autres 2001b; Santé Canada 2004), la pauvreté (Sobsey 1994; Ticoll 1993), leur surprotection par l'entourage et leur socialisation au surconformisme (Nosek et autres 2001b; Rivers-Moore 1993; Sobsey 1994), le manque d'estime de soi (Ticoll 1993), la dépendance aux autres pour les soins (Curry, Hassouneh-Phillips et Johnston-Silverberg 2001; Nosek, Howland et Young 1997; Sobsey 1994), le manque d'accès aux services d'aide (Curry, Hassouneh-Phillips et Johnston-Silverberg 2001; Nosek, Howland et Young 1997; Ticoll 1993) et les stéréotypes sociaux à leur égard (Chenoweth 1997; Curry, Hassouneh-Phillips et Johnston-Silverberg 2001; Nosek, Howland et Young 1997).

Il est important de noter que, selon certains auteurs, les femmes handicapées auraient davantage de difficulté que les autres femmes à dévoiler la violence subie (Curry, Hassouneh-Phillips et Johnston-Silverberg 2001; Rivers-Moore 1993). Ce constat pourrait s'expliquer, notamment, par le type d'incapacité (Carlson 1997), la crainte de se retrouver sans ressources matérielles, sans logement ou d'être placées en établissement (Rivers-Moore 1993), la crainte de perdre la garde de leurs enfants (Rivers-Moore 1993; Sobsey 1994; Women with Disabilities Australia [WWDA]

<sup>7</sup> Cette définition est adaptée de celle présentée dans le *Guide de référence en matière de prévention, de dépistage et d'intervention face à la violence faite aux personnes présentant une déficience intellectuelle* de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (1995).

<sup>8</sup> Cette définition est adaptée de celle présentée dans le *Rapport mondial sur la violence et la santé* de l'Organisation mondiale de la Santé (2002).



1997), la peur de l'abuseur (Curry, Hassouneh-Phillips et Johnston-Silverberg 2001), la peur de ne pas être crues ou d'être considérées comme un témoin non crédible (Rivers-Moore 1993), l'attitude des professionnels et de l'entourage de la victime (WWDA 1997), la méconnaissance des services d'aide ou leur inaccessibilité (Nosek, Howland et Young 1997; Rivers-Moore 1993; WWDA 1997), le manque d'équipements adaptés (appareil de télécommunication pour personnes sourdes) (Nosek, Howland et Young 1997; Rivers-Moore 1993) et la disponibilité limitée du service de transport adapté (Rivers-Moore 1993).

#### 1.4.2 ACCESSIBILITÉ DES RESSOURCES SPÉCIALISÉES EN MATIÈRE DE VIOLENCE CONJUGALE

Très peu de données sont disponibles pour documenter l'accessibilité des ressources spécialisées en matière de violence conjugale au Canada. L'*Enquête sur les maisons d'hébergement* (EMH)<sup>9</sup>, menée par le Centre canadien de la statistique juridique dans le cadre de l'*Initiative de lutte contre la violence familiale du gouvernement fédéral*, fournit quelques informations à ce sujet. Selon les données québécoises de 2007-2008<sup>10</sup>, 54 % des maisons d'hébergement répondantes disent avoir au moins une entrée permettant l'accès aux personnes se déplaçant en fauteuil roulant, 41 % disposent de salles de bains accessibles en fauteuil roulant et 39 % de chambres à coucher accessibles en fauteuil roulant (Statistique Canada 2009). Environ le dixième (9 %) de ces établissements offre des services spécialisés aux personnes ayant une incapacité visuelle et 19 % aux personnes ayant une incapacité auditive (Statistique Canada 2009).

En outre, le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada a publié en 1990 *À la rencontre de nos besoins : manuel sur l'accessibilité aux maisons de transition* (Masuda et Ridington 1990). Ce document rend compte des résultats d'une enquête sur l'accessibilité menée auprès des maisons de transition, des maisons d'hébergement et des centres d'aide aux victimes de viol au Canada en plus de présenter un guide pratique sur la façon de rendre accessibles les services offerts par ces établissements aux femmes handicapées. Voici quelques constats issus de l'enquête menée auprès des maisons de transition et d'hébergement<sup>11</sup>:

---

9 L'EMH consiste en un recensement biennal de tous les établissements d'hébergement pour les femmes victimes de violence familiale du Canada.

10 Au Québec, le questionnaire de l'EMH de 2007-2008 a été envoyé à 126 établissements reconnus pour fournir des services d'hébergement aux femmes violentées. Des réponses ont été obtenues auprès de 115 d'entre eux (Statistique Canada 2009).

11 Le questionnaire a été rempli par 160 maisons. Mentionnons que les constats présentés sont à interpréter avec prudence étant donné que l'enquête réalisée a été menée il y a plus de vingt ans.

- 
- Au cours des deux années précédant l'enquête, neuf maisons ont ouvert leurs portes. Seulement cinq d'entre elles étaient accessibles aux femmes handicapées.
  - L'obstacle le plus important à l'accessibilité des maisons est le manque d'argent. Viennent ensuite l'espace insuffisant et le manque de temps.
  - Le problème le plus fréquemment relevé est celui de l'accessibilité des maisons aux femmes se déplaçant en fauteuil roulant.
  - L'accès aux documents d'information en formats adaptés apparaît également comme un problème important (en braille).
  - Certaines maisons refusent systématiquement d'accueillir les femmes ayant un trouble grave de santé mentale. Celles-ci sont considérées comme ayant un comportement « perturbateur » et « imprévisible ».
  - L'attitude des intervenantes pourrait bien être le facteur qui détermine si une maison est accessible ou non aux femmes handicapées. Par exemple, les intervenantes de deux maisons déjà accessibles aux femmes se déplaçant en fauteuil roulant ont affirmé préférer ne pas héberger ces femmes parce que cela crée « un stress additionnel ».
- 

Enfin, le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada a entrepris en 2007 le projet *Bridging the Gaps* visant à élaborer un plan d'action dans le but de réduire le taux de violence envers les femmes handicapées. Ce projet a également pour objectif d'évaluer à nouveau la capacité des maisons d'hébergement du Canada de répondre aux besoins des femmes handicapées. Un outil a par ailleurs été développé afin de guider les maisons dans le cadre de leur démarche d'évaluation, soit le *Sondage national sur l'accessibilité et les mesures d'accommodement*. Au moment de rédiger ces lignes, les résultats du projet *Bridging the Gaps* ne sont pas encore connus.

### 1.4.3 OUTILS DÉVELOPPÉS POUR VENIR EN AIDE AUX INTERVENANTS ET AUX INTERVENANTES

Au Québec, deux outils ont été développés pour venir en aide aux intervenants et aux intervenantes qui travaillent auprès de femmes handicapées victimes de violence conjugale, soit *Accueillir et accompagner les femmes ayant des limitations fonctionnelles : Guide pratique à l'intention des intervenantes en maison d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale* publié en 2009 par le Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale (RMFVVC) en collaboration avec la Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (COPHAN) (RMFVVC et COPHAN 2009) et *L'intervention auprès des femmes Sourdes victimes de violence conjugale* produit en 1995 par le Comité des femmes Sourdes de Québec (Langlais et autres 1995). Le premier guide a été conçu pour aider les travailleuses et les gestionnaires des maisons d'hébergement à rendre accessibles les services qu'elles offrent aux femmes handicapées victimes de violence conjugale. Il permet, entre autres, pour chaque type d'incapacité, de mieux connaître les réalités vécues, les

obstacles rencontrés, les mesures d'adaptation appropriées et les ressources spécialisées à consulter.

Le second outil a pour sa part été développé à la suite de consultations réalisées auprès de femmes sourdes victimes ou non de violence conjugale, d'intervenants et d'intervenantes auprès de la communauté sourde ayant déjà accompagné des femmes sourdes victimes de violence conjugale au sein d'organismes publics ou communautaires ainsi que de maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale ayant déjà accueilli des femmes sourdes. S'adressant aux intervenantes ayant une expertise en violence conjugale, il présente les réalités particulières vécues par les femmes sourdes victimes de violence conjugale, les principales difficultés observées par celles-ci, les mesures d'adaptation appropriées et quelques outils de soutien à l'intervention.

## 2. OBJECTIFS DU PROJET

L'état des connaissances qui précède met en lumière certains constats :

---

- La violence conjugale vécue par les femmes handicapées constitue une problématique méconnue et peu documentée.
  - Les femmes handicapées risquent davantage d'être victimes de violence conjugale que les autres femmes.
  - Elles subissent des formes plus sévères de violence.
  - Elles ont davantage de difficulté à dévoiler la violence subie que les autres femmes.
  - Très peu d'études récentes portent sur l'accessibilité des ressources spécialisées en matière de violence conjugale aux femmes handicapées.
  - Aucune étude québécoise ne concerne les besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale.
- 

Ces constats ont orienté le choix des objectifs de ce projet, soit :

1. Documenter la problématique de la violence conjugale envers les femmes handicapées.
2. Évaluer les besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale par le réseau de la santé et des services sociaux et les maisons d'hébergement.
3. Formuler des recommandations visant la prévention de la violence conjugale auprès des femmes handicapées ainsi que l'adaptation des services aux réalités particulières vécues par celles-ci.

Rappelons que ce projet vise à remplir l'engagement de l'Office et du MSSS inscrit à la mesure 50 du *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale* (Québec 2004) et contribue également à la réalisation des trois autres mesures du plan d'action s'adressant plus spécifiquement aux femmes handicapées (voir pages 4 et 5 du présent rapport).



# 3. CADRE MÉTHODOLOGIQUE

## 3.1 POPULATION À L'ÉTUDE

Afin d'être en mesure à la fois d'évaluer les besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale et de documenter la problématique de la violence conjugale envers ces femmes, l'angle des intervenants et des intervenantes a été privilégié dans le cadre de ce projet d'évaluation. Ainsi, le personnel d'intervention des milieux suivants a été ciblé et interrogé :

- Maisons d'hébergement;
- Centres de santé et de services sociaux (CSSS);
- Centres de réadaptation (ceux en déficience physique [CRDP] et ceux en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement [CRDI-TED]);
- Groupes de base du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées.

Différentes raisons ont motivé le choix de ces milieux d'intervention. Tout d'abord, les intervenants et les intervenantes des maisons d'hébergement et des CSSS jouent un rôle de premier plan en matière d'aide et d'information auprès des victimes de violence conjugale. Il apparaissait donc essentiel d'évaluer si les services offerts aux victimes de violence conjugale par ces ressources et ces établissements sont adaptés aux caractéristiques et aux besoins des femmes handicapées, d'identifier les difficultés rencontrées lors des interventions menées auprès de ces femmes et d'évaluer l'accessibilité des maisons d'hébergement.

Les intervenants et les intervenantes des centres de réadaptation, tout comme ceux et celles des groupes de base, peuvent jouer un rôle certain en matière de prévention et de sensibilisation à la violence conjugale. Ils peuvent également être appelés à diriger des victimes vers des ressources spécialisées. Il s'avérait important d'identifier leurs besoins en termes de formation et d'outils d'identification de cas en matière de violence conjugale. En outre, en raison des liens étroits qui unissent souvent les intervenants et les intervenantes

des centres de réadaptation et des groupes de base aux personnes handicapées, ces établissements et ces organismes peuvent constituer des portes d'entrée pour les femmes handicapées victimes de violence conjugale qui ont besoin d'aide.

## 3.2 PROCÉDURES

### 3.2.1 MISE SUR PIED DE COMITÉS

En début de projet, deux comités ont été mis sur pied afin d'alimenter les travaux. À l'été 2008, un premier comité a été formé à l'Office. Celui-ci regroupait cinq professionnelles en provenance des directions de l'intervention collective et du service de l'évaluation de l'intégration sociale et de la recherche. Le comité avait pour mandat de collaborer au développement du projet et à l'élaboration des outils de collecte de données. Les membres ont également coordonné les relances et les suivis effectués lors de la collecte des données, collaboré à la formulation des recommandations et fait partie du comité de lecture de ce rapport.

Un second comité a pour sa part été constitué en septembre 2008. Il résulte de la volonté de travailler en étroite collaboration avec les milieux d'intervention visés dans le cadre du projet. Il réunissait des représentantes de :

- La Fédération de ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec {1}
- Du Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale {1}
- L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux {1}
- L'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec {1}
- La Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement {1}
- Du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées {3}
- Du ministère de la Santé et des Services sociaux {2}
- L'Office {2}

Ce comité avait essentiellement un rôle consultatif. Il s'est réuni à cinq reprises entre les mois d'octobre 2008 et d'avril 2010. Ces rencontres ont permis aux membres d'échanger sur leur vision de la problématique et de partager leur expertise, que ce soit en matière de violence conjugale, des services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux ou des réalités vécues par les femmes handicapées. Précisons, en terminant, que les membres de ce comité ont été consultés à différentes étapes du projet, notamment lors de la conception des outils de collecte de données, de l'analyse des résultats et de la formulation des recommandations.

### 3.2.2 QUESTIONNAIRES

Dans le but de répondre aux objectifs du projet, des enquêtes par questionnaire ont été menées auprès des intervenants et des intervenantes des maisons d'hébergement, des CSSS, des centres de réadaptation et des groupes de base du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées. Quatre questionnaires distincts ont été développés pour que le contenu soit adapté aux réalités particulières de chacun des milieux d'intervention ciblés. Des sections sont communes aux quatre questionnaires et d'autres, spécifiques à certains milieux d'intervention. Un de ces questionnaires, soit celui destiné aux maisons d'hébergement, figure à l'annexe E.

Dans les consignes des questionnaires, il était spécifié que toutes les informations recueillies seraient traitées de manière confidentielle et que seuls des résultats sous forme agrégée seraient diffusés de sorte qu'aucun établissement, ressource ou organisme ne puisse être identifié. Mentionnons que les questionnaires ont fait l'objet d'une évaluation du service juridique de l'Office afin d'assurer le respect des principes inscrits dans la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Quatre attestations de conformité aux normes de l'éthique et de la protection des renseignements personnels ont ainsi été produites.

Les questionnaires développés dans le cadre du projet visaient, entre autres, à évaluer le niveau d'accessibilité des maisons d'hébergement, les besoins de formation des répondants et des répondantes (que ce soit en matière de violence conjugale ou d'intervention auprès des femmes handicapées) et à identifier les causes des difficultés rencontrées par les intervenants et les intervenantes lors des interventions menées auprès de femmes handicapées victimes de violence conjugale. Quelques questions ouvertes ont été posées afin de permettre aux répondants et aux répondantes d'approfondir certaines de leurs réponses, principalement en matière de formation. Toutefois, les questionnaires étaient surtout composés de questions fermées.

De plus, étant donné l'organisation du travail privilégiée dans les maisons d'hébergement et les groupes de base du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées, ces deux questionnaires ont été conçus de façon à ce que ces ressources et ces organismes y répondent en équipe. Du côté des CSSS et des centres de réadaptation, les intervenants et les intervenantes ont rempli leur questionnaire individuellement.

### 3.2.3 COLLECTE DE DONNÉES

Les questionnaires ont été envoyés par courriel à la mi-février 2009 aux maisons d'hébergement, au début du mois de mars dans les centres de réadaptation, à la fin mars dans les CSSS et au début du mois de juin aux groupes de base. Ils étaient accompagnés d'une lettre décrivant le projet et les modalités de participation à l'étude et d'une attestation de conformité aux normes de l'éthique et de la protection des renseignements personnels. Les quatre milieux d'intervention ont disposé d'un minimum de trois mois pour répondre au questionnaire. Des relances ont été réalisées aux trois semaines par courriel ou par téléphone. En ce qui concerne plus spécifiquement les CSSS et les centres de réadaptation, une grande partie des suivis ont été effectués par les conseillers et les conseillères des directions de l'intervention collective régionale de l'Office.



Dans le cas des maisons d'hébergement, le questionnaire était adressé aux coordonnatrices, mais devait être rempli en équipe afin d'obtenir le portrait le plus représentatif des réalités vécues. Au total, 104 maisons d'hébergement du Québec ont reçu le questionnaire, soit les 49 maisons membres du Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale, les 41 maisons membres de la Fédération de ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec et 14 maisons indépendantes.

Du côté des groupes de base du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées, seulement quelques organismes ont été visés dans le cadre de l'enquête, contrairement aux autres milieux d'intervention. Celle-ci était de type exploratoire. Une liste d'organismes à sonder a été déterminée par les quatre regroupements nationaux de personnes handicapées, soit l'Alliance québécoise des regroupements régionaux pour l'intégration des personnes handicapées (AQRIPH), l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), l'Association du Québec pour l'intégration sociale (AQIS) et la Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (COPHAN). Vingt groupes ont été identifiés par la COPHAN, à la suite d'une consultation de ses membres ainsi que de l'AGIDD-SMQ et de l'AQIS, et un par l'AQRIPH. L'échantillon choisi devait inclure des groupes en provenance de différentes régions du Québec.

Le tableau 5 montre la répartition des maisons d'hébergement et des groupes de base du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées ayant reçu le questionnaire selon les régions administratives du Québec. Précisons que certains groupes de base identifiés desservent plusieurs régions, dont certaines ne sont pas représentées dans le tableau, notamment Chaudière-Appalaches et le Nord-du-Québec.

**TABLEAU 5**  
Répartition des maisons d'hébergement et des groupes de base ayant reçu le questionnaire selon les régions administratives du Québec

	Maisons d hébergement	Groupes de base
	n	
Bas-Saint-Laurent	3	1
Saguenay–Lac-Saint-Jean	6	2
Capitale-Nationale	8	2
Mauricie	4	1
Estrie	4	1
Montréal	27	6
Outaouais	7	1
Abitibi-Témiscamingue	4	1
Côte-Nord	4	1
Nord-du-Québec	1	0
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	5	1
Chaudière-Appalaches	4	0
Laval	3	0
Lanaudière	3	0
Laurentides	5	1
Montérégie	13	2
Centre-du-Québec	3	1
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>21</b>

L'échantillon des groupes de base à sonder devait également assurer une représentation de tous les types d'incapacité ciblés par le projet : motrice, visuelle, auditive, liée à la parole, intellectuelle, liée à un TED et liée à un trouble grave de santé mentale. Le tableau 6 présente la répartition des organismes retenus selon les types d'incapacité des personnes qui bénéficient de leurs services.

**TABLEAU 6**  
**Répartition des groupes de base ayant reçu le questionnaire selon les types d'incapacité des personnes qui bénéficient de leurs services**

	n
Motrice	3
Visuelle	2
Auditive	3
Liée à la parole	2
Intellectuelle	2
Liée à un trouble envahissant du développement	2
Liée à un trouble grave de santé mentale	2
Plus d'un type d'incapacité	5
<b>Total</b>	<b>21</b>

En ce qui a trait aux CSSS et aux centres de réadaptation, les questionnaires ont été envoyés aux directeurs généraux de l'ensemble des établissements, soit 95 CSSS, 19 CRDI-TED, 18 CRDP et 3 établissements à missions combinées (à la fois CRDI-TED et CRDP). La répartition régionale de ces établissements est présentée au tableau 7.

TABLEAU 7

Répartition des centres de santé et de services sociaux et des centres de réadaptation ayant reçu le questionnaire selon les régions sociosanitaires du Québec

	Centres de santé et de services sociaux	Centres de réadaptation
	n	
Bas-Saint-Laurent	8	2
Saguenay–Lac-Saint-Jean	6	2
Capitale-Nationale	4	3
Mauricie/Centre-du-Québec	8	2
Estrie	7	2
Montréal	12	11
Outaouais	5	2
Abitibi-Témiscamingue	6	2
Côte-Nord	8	1
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	5	2
Chaudière-Appalaches	5	2
Laval	1	2
Lanaudière	2	2
Laurentides	7	1
Montérégie	11	4
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>40</b>

Mentionnons que, pour les CSSS, le questionnaire s'adressait aux intervenants et aux intervenantes des CSSS mission CLSC (centre local de services communautaires) qui travaillent auprès de clientèles adultes et qui sont rattachés aux programmes-services suivants : services généraux, déficience physique, déficience intellectuelle et TED ainsi que santé mentale (ou appellations similaires). Quant aux centres de réadaptation, afin d'obtenir le portrait le plus représentatif des réalités vécues à l'intérieur de chacun des établissements, le directeur général était invité à faire remplir le questionnaire par le plus grand nombre d'intervenants et d'intervenantes possible, et ce, en provenance de points de service et de programmes différents. Une diversité dans les professions exercées par les répondants et les répondantes était également demandée.

### 3.3 ANALYSE DES DONNÉES

Pour les quatre enquêtes par questionnaire menées dans le cadre du projet, des analyses quantitatives descriptives ont été effectuées. Le logiciel SPSS fut utilisé afin d'accomplir cette tâche. Des fréquences ont été extraites, des moyennes ont été calculées et des croisements entre variables ont été effectués. Les données ont été ventilées selon les milieux d'intervention et, pour certaines questions, selon le type d'incapacité, étant donné que les femmes handicapées ne constituent pas un groupe homogène.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'enquête menée dans les CSSS, les résultats de certaines sections du questionnaire (notamment celle portant sur la formation du personnel) ont été ventilés par programme-service puisque les réalités vécues par les intervenants et les intervenantes ainsi que leurs besoins peuvent différer d'un programme à l'autre. Du côté des centres de réadaptation, certains résultats ont été ventilés par type d'établissement.

Quant aux réponses fournies par les répondants et les répondantes aux questions ouvertes, elles n'ont pas fait l'objet d'un traitement systématique. Ces réponses ont été utilisées afin d'illustrer les données présentées dans les tableaux croisés.



## 4. RÉSULTATS

Cette section du rapport présente les résultats des quatre enquêtes par questionnaire menées dans le cadre du projet. Ils sont présentés par milieu d'intervention, soit les maisons d'hébergement, les CSSS, les centres de réadaptation et les groupes de base du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées. Pour chaque milieu d'intervention, différents thèmes sont abordés, par exemple l'accessibilité des lieux, l'accès aux services, la formation du personnel, l'identification de cas et l'intervention en matière de violence conjugale. Ces thèmes correspondent aux sections qui se trouvaient dans les quatre questionnaires conçus pour ce projet d'évaluation. Rappelons que les maisons d'hébergement et les groupes de base ont répondu au questionnaire en équipe tandis que les intervenants et les intervenantes des CSSS et des centres de réadaptation l'ont rempli individuellement.

### 4.1 MAISONS D'HÉBERGEMENT

#### 4.1.1 TAUX DE RÉPONSE ET PORTRAIT DES MAISONS RÉPONDANTES

Des 104 maisons d'hébergement ayant reçu le questionnaire, 53 l'ont dûment rempli, ce qui correspond à un taux de réponse de 51 %. Le tableau 8 montre que toutes les régions administratives du Québec sont représentées pour cette enquête. Les taux de réponse les plus élevés ont été obtenus dans les régions de l'Estrie (100 %), du Nord-du-Québec (100 %), de l'Outaouais (86 %), de Laval (67 %) et du Centre-du-Québec (67 %), tandis que les taux les plus faibles se retrouvent au Saguenay–Lac-Saint-Jean (17 %), en Abitibi-Témiscamingue (25 %) et sur la Côte-Nord (25 %).

**TABEAU 8**  
**Taux de réponse des maisons d'hébergement selon les régions administratives du Québec**

	Nombre de maisons ayant répondu au questionnaire	Nombre total de maisons	Taux de réponse
	n		%
Bas-Saint-Laurent	1	3	33,3
Saguenay–Lac-Saint-Jean	1	6	16,6
Capitale-Nationale	5	8	62,5
Mauricie	2	4	50,0
Estrie	4	4	100,0
Montréal	12	27	44,4
Outaouais	6	7	85,7
Abitibi-Témiscamingue	1	4	25,0
Côte-Nord	1	4	25,0
Nord-du-Québec	1	1	100,0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	3	5	60,0
Chaudière-Appalaches	2	4	50,0
Laval	2	3	66,6
Lanaudière	1	3	33,3
Laurentides	2	5	40,0
Montérégie	7	13	53,8
Centre-du-Québec	2	3	66,6
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>104</b>	<b>51,0</b>

Les deux tiers des maisons membres de la Fédération de ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec (66 %) ont participé à l'enquête. Ce pourcentage s'élève à 47 % pour les maisons membres du Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale et à 21 % pour les maisons indépendantes (tableau 9).

**TABEAU 9**  
**Taux de réponse des maisons d'hébergement selon leur affiliation**

	Nombre de maisons ayant répondu au questionnaire	Nombre total de maisons	Taux de réponse
	n		%
Membres de la Fédération de ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec	27	41	65,9
Membres du Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale	23	49	46,9
Indépendantes	3	14	21,4
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>104</b>	<b>51,0</b>

En moyenne, les maisons répondantes ont 22,6 années d'existence. Celles-ci offrent 645 places en hébergement (une moyenne de 12,2 places par maison) et emploient 686 intervenantes (une moyenne de 12,9 intervenantes par maison). Enfin, près du tiers de ces maisons (32 %) dispose de bureaux de services externes.

#### 4.1.2 L'ACCESSIBILITÉ DES LIEUX

Afin de guider les coordonnatrices et leur équipe dans l'évaluation du niveau d'accessibilité de leur maison d'hébergement, une annexe au questionnaire présentait les principaux éléments à considérer dans le cadre d'une telle démarche, et ce, en fonction du type d'incapacité (annexe B du questionnaire présenté à l'annexe E). Le tableau 10 présente les principaux résultats obtenus. Mentionnons, entre autres, que moins de la moitié des maisons répondantes (43 %) dispose d'une rampe d'accès ou d'une entrée de plain-pied<sup>12</sup> à leur entrée principale. En outre, moins du tiers des maisons (28 %) compte une signalisation visuelle (pictogrammes pour indiquer les salles de bain, les sorties d'urgence) et aucune n'a de signalisation tactile (faisant appel, notamment, à des pictogrammes en relief ou à du braille).

**TABLEAU 10**  
Mesures d'adaptation présentes dans les maisons d'hébergement

	Oui		Non	
	n	%	n	%
Rampe d'accès ou entrée de plain-pied à l'entrée principale	23	43,4	30	56,6
Au moins une salle de toilette accessible dans la maison	22	41,5	31	58,5
Accès facile aux aires communes pour une personne se déplaçant en fauteuil roulant	23	44,2	29	55,8
Signalisation visuelle	15	28,3	38	71,7
Signalisation tactile	0	0,0	53	100,0

De plus, selon les informations recueillies, des 645 places en hébergement offertes par les maisons ayant participé à l'enquête, 40 (6 %) sont accessibles à une personne se déplaçant en fauteuil roulant manuel ou motorisé. Il est à noter que près des deux tiers de ces places (63 %) se retrouvent dans les régions de Laval, de la Mauricie et de Montréal (tableau 11).

12 C'est-à-dire une entrée située au même niveau que le trottoir, ne nécessitant donc pas de rampe d'accès.



TABLEAU 11

Répartition des places en hébergement accessibles aux personnes se déplaçant en fauteuil roulant parmi les 53 maisons répondantes selon les régions administratives du Québec

	n
Bas-Saint-Laurent	0
Saguenay–Lac-Saint-Jean	2
Capitale-Nationale	1
Mauricie	7
Estrie	2
Montréal	7
Outaouais	1
Abitibi-Témiscamingue	0
Côte-Nord	2
Nord-du-Québec	0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	0
Chaudière-Appalaches	0
Laval	11
Lanaudière	0
Laurentides	1
Montérégie	4
Centre-du-Québec	2
<b>Total</b>	<b>40</b>

Près de la moitié des maisons répondantes (47 %) estime que des adaptations sont nécessaires afin de rendre leur maison accessible aux personnes handicapées (rampe d'accès, élargissement des portes, ascenseur, etc.). Cependant, moins du tiers de ces maisons (32 %) affirme que des travaux pour réaliser ces adaptations sont prévus au cours des deux années financières suivant l'enquête (2009-2010 et 2010-2011). Celles qui n'ont pas prévu réaliser de travaux au cours de cette période invoquent le manque de moyens financiers, le peu de demandes de la part de femmes handicapées, le manque d'espace ainsi que la présence d'une maison accessible dans la région.

#### 4.1.3 L'ACCÈS AUX SERVICES

En général, les maisons d'hébergement offrent aux femmes victimes de violence conjugale et en difficulté des services d'accueil et d'évaluation, d'écoute téléphonique, de référence, d'hébergement, de soutien psychosocial, d'information (logement, processus judiciaire), d'accompagnement (dans les démarches médicales, judiciaires) et de suivi posthébergement. L'une des sections du questionnaire visait à déterminer si ces services sont adaptés aux caractéristiques et aux besoins des femmes handicapées et à identifier les besoins d'adaptation de ceux-ci. Selon l'évaluation réalisée par les répondantes, les services les plus fréquemment adaptés aux femmes handicapées sont les services de référence (adapté dans 64 % des cas), d'information (adapté dans 45 % des cas) et d'écoute téléphonique (adapté dans 39 % des cas) (tableau 12). L'hébergement (non adapté dans 90 % des cas), le suivi posthébergement (non adapté dans 78 % des cas) et l'accueil et l'évaluation (non adaptés dans 71 % des cas) constituent, pour leur part, les services les moins fréquemment adaptés.

**TABLEAU 12**  
**Services offerts par les maisons d'hébergement adaptés aux caractéristiques et aux besoins des femmes handicapées**

	Oui		Non	
	n	%	n	%
Accueil et évaluation	15	28,8	37	71,2
Écoute téléphonique	20	38,5	32	61,5
Référence	30	63,8	17	36,2
Hébergement	5	10,0	45	90,0
Soutien psychosocial	16	31,4	35	68,6
Information	23	45,1	28	54,9
Accompagnement	15	30,0	35	70,0
Suivi posthébergement	11	22,4	38	77,6

Les répondantes devaient par la suite identifier pour quels types d'incapacité ces services ne sont pas adaptés. D'après les données présentées dans le tableau 13, ce sont particulièrement pour les femmes ayant une incapacité auditive ou liée à un trouble grave de santé mentale que les services offerts par les maisons répondantes ne sont pas adaptés. En effet, ces deux types d'incapacité se retrouvent parmi les trois qui obtiennent les pourcentages les plus élevés pour sept des huit services présentés. Les pourcentages associés à l'incapacité motrice et à celle liée à la parole figurent également parmi les plus élevés du tableau.

**TABLEAU 13**  
**Services offerts par les maisons d'hébergement qui ne sont pas adaptés aux caractéristiques et aux besoins des femmes handicapées selon les types d'incapacité**

	Types d'incapacité					
	Motrice	Auditive	Visuelle	Liée à la parole	Intellectuelle ou liée à un TED <sup>1</sup>	Liée à un TGSM <sup>2</sup>
	%					
Accueil et évaluation	56,8	56,8	59,5	51,4	40,5	56,8
Écoute téléphonique	12,5	87,5	18,8	75,0	25,0	28,1
Référence	12,5	68,8	37,5	68,8	37,5	31,3
Hébergement	75,6	46,7	64,4	37,8	31,1	66,7
Soutien psychosocial	40,0	60,0	31,4	51,4	31,4	60,0
Information	18,5	66,7	37,0	44,4	29,6	40,7
Accompagnement	62,9	54,3	31,4	42,9	37,1	62,9
Suivi posthébergement	47,4	60,5	39,5	47,4	34,2	55,3

1. Trouble envahissant du développement.

2. Trouble grave de santé mentale.

Différentes raisons sont évoquées par les répondantes afin d'expliquer pourquoi ces services ne sont pas adaptés aux femmes handicapées. Plusieurs mentionnent des besoins de formation tels que les modes de communication adaptés (pictogrammes, langue des signes québécoise) et les réalités particulières vécues par les femmes handicapées, en particulier les femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale. D'autres soulignent des besoins d'adaptation physique des lieux, notamment l'absence de rampe d'accès, la largeur insuffisante des portes ou des corridors et l'absence d'une signalisation tactile ou visuelle. Certaines avancent que ce sont les outils d'intervention en matière de violence conjugale qui doivent être adaptés aux besoins et aux caractéristiques des femmes handicapées.

Enfin, quelques questions de la section du questionnaire portant sur l'accès aux services concernaient plus spécifiquement l'hébergement. Selon l'évaluation des répondantes, 118 femmes handicapées victimes de violence conjugale auraient eu recours à ce service au cours de l'année financière 2007-2008<sup>13</sup>. Ces femmes avaient surtout une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale (60 %), motrice (40 %), intellectuelle ou liée à un TED (37 %) (données non présentées). De plus, près de 4 maisons sur 10 (39 %) ont déjà refusé d'héberger des femmes handicapées ou des enfants handicapés. Ces femmes et ces enfants avaient, pour la plupart, une incapacité motrice ou une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale. Parmi les raisons évoquées afin de justifier le refus d'hébergement par les répondantes, on retrouve, pour l'incapacité motrice, les problèmes liés à l'accessibilité des lieux et le manque d'autonomie de ces femmes ou de ces enfants. En ce qui a trait à l'incapacité liée à un trouble grave de santé mentale, les répondantes justifient le refus par l'incapacité de la personne à fonctionner en groupe ou le manque d'expertise du personnel dans le but d'intervenir adéquatement auprès de ces personnes.

#### 4.1.4 L'ACCÈS AUX DOCUMENTS

Une section du questionnaire destiné aux maisons d'hébergement visait à déterminer si les principaux documents d'information dont elles disposent peuvent être offerts en formats adaptés. Le tableau 14 présente, pour chaque type de formats adaptés, le nombre de maisons qui peuvent répondre positivement à une demande d'accès aux documents et le pourcentage associé. Ainsi, aucune des 53 maisons ayant participé à l'étude ne peut fournir de documents d'information en braille<sup>14</sup>, document vidéo en langue des signes québécoise ou document vidéo en *American Sign Language*. Quelques-unes peuvent mettre à la disposition des femmes qu'elles reçoivent les types de formats adaptés suivants : document vidéo sous-titré en anglais (1,9 %), document vidéo sous-titré en français (3,8 %) et format audio (9 %). Le support informatique (53 %), les gros caractères d'imprimerie<sup>15</sup> (19 %) et le langage simplifié<sup>16</sup> (16 %) constituent, pour leur part, les formats les plus répandus.

---

13 Il est à noter que ce nombre constitue une somme des estimations des 45 maisons qui ont répondu à cette question. Aucune maison d'hébergement ne tient de statistiques sur le nombre de femmes handicapées qui bénéficient de ses services.

14 Le braille est un moyen d'accès à l'écriture et à la lecture pour les personnes ayant des incapacités visuelles importantes.

15 Modification de la taille du caractère selon la grandeur du point requis, soit de 16, 22 ou 26, et redistribution du texte en conséquence.

16 Le langage simplifié consiste à vulgariser le contenu d'un document écrit destiné à des personnes ayant des difficultés de compréhension.

**TABLEAU 14**

**Nombre et proportion de maisons d'hébergement qui peuvent répondre positivement à une demande d'accès aux documents selon les types de formats adaptés**

	n	%
Braille	0	0,0
Document vidéo en langue des signes québécoise	0	0,0
Document vidéo en <i>American Sign Language</i>	0	0,0
Document vidéo sous-titré en français	2	3,8
Document vidéo sous-titré en anglais	1	1,9
Support informatique	28	52,8
Format audio	5	9,4
Gros caractères d'imprimerie	10	18,9
Langage simplifié	9	16,4

#### 4.1.5 LA FORMATION DU PERSONNEL

En matière de formation, l'enquête par questionnaire menée auprès des maisons d'hébergement avait pour objectifs de déterminer la proportion d'intervenantes ayant suivi une formation portant sur l'intervention auprès des personnes handicapées et d'identifier leurs besoins de formation. Sur un total de 686 intervenantes, 114 (17 %) ont suivi une telle formation. De ce nombre, près de la moitié (45 %) travaille dans une maison d'hébergement située dans la région de Montréal. Les formations suivies par ces intervenantes abordaient surtout les incapacités suivantes : liée à un trouble grave de santé mentale (78 %), intellectuelle (78 %), motrice (65 %) et auditive (65 %) (données non présentées).

Près du tiers de l'ensemble des intervenantes des maisons répondantes (32 %) estime qu'une formation portant sur l'intervention auprès des personnes handicapées est utile dans le cadre de leur pratique en maison d'hébergement. Certains besoins de formation ont par ailleurs été identifiés par celles-ci et concernent :

- 
- Les modes de communication adaptés (pictogrammes, langue des signes québécoise, langage simplifié)
  - Les troubles envahissants du développement
  - Les troubles graves de santé mentale
  - Les réalités particulières vécues par les personnes handicapées
  - Les techniques et les outils d'intervention existants
  - Les ressources spécialisées disponibles
-

#### 4.1.6 L'INTERVENTION AUPRÈS DE FEMMES HANDICAPÉES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE

La fréquence d'intervention auprès de femmes handicapées victimes de violence conjugale au sein des maisons d'hébergement varie d'un type d'incapacité à l'autre. En effet, le tableau 15 indique qu'au cours des deux années précédant l'enquête (2007-2008 et 2008-2009), les intervenantes ont mené le plus fréquemment des interventions auprès de femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale (souvent ou parfois dans 66 % des cas), intellectuelle ou liée à un TED (souvent ou parfois dans 39 % des cas) et motrice (souvent ou parfois dans 21 % des cas). Quant aux femmes ayant une incapacité auditive, visuelle ou liée à la parole, ce pourcentage varie entre 2,0 % et 6 %.

**TABLEAU 15**  
Fréquence d'intervention des intervenantes des maisons d'hébergement auprès de femmes handicapées victimes de violence conjugale au cours des deux années précédant l'enquête selon les types d'incapacité, 2007-2008 et 2008-2009

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
	%			
Motrice	3,8	17,0	35,8	43,4
Auditive	0,0	5,9	35,3	58,8
Visuelle	0,0	2,0	14,0	84,0
Liée à la parole	0,0	5,9	17,6	76,5
Intellectuelle ou liée à un TED	9,8	29,4	35,3	25,5
Liée à un trouble grave de santé mentale	15,1	50,9	15,1	18,9

En raison d'effectifs insuffisants, les résultats associés aux incapacités sensorielles (auditive, visuelle et liée à la parole) n'ont pas fait l'objet d'analyses pour cette enquête. Pour chacun des trois autres types d'incapacité, seront présentés aux sections 4.1.6.1 à 4.1.6.3 le nombre d'intervenantes ayant mené des interventions auprès de ces femmes au cours des deux années précédant l'enquête, les types de violence vécue par celles-ci ainsi que les causes des difficultés rencontrées dans le cadre des interventions qui ont été réalisées. Il est à noter que douze causes étaient proposées aux répondantes dans le questionnaire, soit :

- Un manque de connaissances à l'égard de ce type d'incapacité
- Une méconnaissance des ressources dédiées aux personnes handicapées
- Un manque d'expérience en ce qui a trait à l'intervention auprès de personnes ayant ce type d'incapacité
- Un inconfort ou un malaise personnel face à ce type d'incapacité
- Un ou des outils d'intervention qui ne sont pas adaptés à ce type d'incapacité
- L'inaccessibilité des lieux
- Le service de transport (manque de flexibilité, service non adapté, etc.)

- Une offre de services externes inappropriée pour répondre aux besoins liés à ce type d'incapacité (services de soutien à domicile, service d'interprétation visuelle et tactile, etc.)
- L'attitude de ces femmes
- L'attitude de la famille ou des proches de ces femmes
- L'attitude des autres membres du personnel de la maison à l'égard de ces femmes
- L'attitude des autres personnes hébergées à l'égard de ces femmes

#### 4.1.6.1 Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale

Selon les données fournies par les 53 maisons répondantes, 341 des 686 intervenantes (48 %) ont mené des interventions auprès de femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale victimes de violence conjugale au cours des deux années précédant l'enquête, soit en 2007-2008 et en 2008-2009. Ces intervenantes proviennent de 37 maisons d'hébergement, ce qui représente 70 % des ressources qui ont participé à l'enquête. Les données qui suivent sont basées sur les informations fournies par les répondantes de ces 37 maisons.

L'ensemble des répondantes a indiqué que les femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale rencontrées par les intervenantes de leur maison avaient été victimes d'agressions psychologiques et verbales de la part de leur conjoint (tableau 16). Les agressions physiques, sexuelles et les actes de domination sur le plan économique obtiennent également des taux élevés, allant de 89 % à 92 %.

**TABLEAU 16**

**Types de violence subie par les femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale qui ont bénéficié des services des 37 maisons répondantes au cours des deux années précédant l'enquête, 2007-2008 et 2008-2009**

	n	%
Agressions psychologiques	37	100,0
Agressions verbales	37	100,0
Agressions physiques	34	91,9
Actes de domination sur le plan économique	33	89,2
Agressions sexuelles	33	89,2
Négligence	22	59,5

Note : Les victimes ont pu subir plus d'un type de violence.

En outre, 33 des 37 répondantes (89 %) affirment que les intervenantes de leur maison ont rencontré des difficultés lors des interventions qu'elles ont menées auprès de femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale. Presque la totalité de ces répondantes (94 %) soutient que certaines de ces difficultés étaient liées au type d'incapacité de ces femmes. Différentes causes ont été avancées afin d'expliquer ces difficultés (tableau 17). Parmi les causes les plus fréquemment mentionnées, on retrouve l'attitude des autres personnes

hébergées à l'égard de ces femmes (81 %), l'attitude de ces femmes (77 %) ainsi que le manque de connaissances vis-à-vis de ce type d'incapacité (68 %).

**TABLEAU 17**

**Causes les plus fréquemment mentionnées par les intervenantes des 31 maisons répondantes afin d'expliquer les difficultés rencontrées lors des interventions menées auprès de femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale victimes de violence conjugale, 2007-2008 et 2008-2009**

	n	%
Attitude des autres personnes hébergées à l'égard de ces femmes	25	80,6
Attitude de ces femmes	24	77,4
Manque de connaissances à l'égard de ce type d'incapacité	21	67,7
Inconfort ou malaise personnel face à ce type d'incapacité	19	61,3
Manque d'expérience en ce qui a trait à l'intervention auprès de personnes ayant ce type d'incapacité	18	58,1

#### 4.1.6.2 Incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement

Plus du tiers des intervenantes (35 %) des 53 maisons répondantes ont réalisé des interventions auprès de femmes ayant une incapacité intellectuelle ou liée à un TED victimes de violence conjugale au cours des deux années précédant l'enquête. Celles-ci travaillent dans 32 maisons d'hébergement distinctes. La totalité des répondantes de ces ressources a mentionné que ces femmes avaient subi des agressions psychologiques de la part de leur conjoint (tableau 18). La majorité a également rapporté des agressions verbales (94 %), physiques (84 %), des actes de domination sur le plan économique (81 %) et des agressions sexuelles (75 %).

**TABLEAU 18**

**Types de violence subie par les femmes ayant une incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement qui ont bénéficié des services des 32 maisons répondantes au cours des deux années précédant l'enquête, 2007-2008 et 2008-2009**

	n	%
Agressions psychologiques	32	100,0
Agressions verbales	30	93,8
Agressions physiques	27	84,4
Actes de domination sur le plan économique	26	81,3
Agressions sexuelles	24	75,0
Négligence	14	43,8

Note : Les victimes ont pu subir plus d'un type de violence.

Près des trois quarts des maisons d'hébergement (72 %) qui ont accueilli des femmes ayant une incapacité intellectuelle ou liée à un TED ont rencontré des difficultés dans le cadre des interventions qu'elles ont menées. Presque la totalité des répondantes de ces maisons (96 %) estime que certaines de ces difficultés sont liées au type d'incapacité de ces femmes. Tout comme pour l'incapacité liée à un trouble grave de santé mentale, l'attitude des autres personnes hébergées à l'égard de ces femmes (77 %), le manque d'expérience en ce qui a trait à l'intervention auprès de personnes ayant ce type d'incapacité (68 %) et l'attitude de ces femmes (64 %) se retrouvent parmi les cinq causes les plus fréquemment mentionnées afin d'expliquer les difficultés rencontrées (tableau 19). À ces trois causes s'ajoutent des outils d'intervention qui ne sont pas adaptés à ce type d'incapacité (73 %) et un manque de connaissances à l'égard de ce type d'incapacité (50 %).

**TABLEAU 19**

**Causes les plus fréquemment mentionnées par les intervenantes des 22 maisons répondantes afin d'expliquer les difficultés rencontrées lors des interventions menées auprès de femmes ayant une incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement victimes de violence conjugale, 2007-2008 et 2008-2009**

	n	%
Attitude des autres personnes hébergées à l'égard de ces femmes	17	77,3
Outils d'intervention qui ne sont pas adaptés à ce type d'incapacité	16	72,7
Manque d'expérience en ce qui a trait à l'intervention auprès de personnes ayant ce type d'incapacité	15	68,2
Attitude de ces femmes	14	63,6
Manque de connaissances à l'égard de ce type d'incapacité	11	50,0

#### 4.1.6.3 Incapacité motrice

L'incapacité motrice constitue le troisième type d'incapacité le plus fréquemment rencontré par les intervenantes des maisons d'hébergement ayant participé à cette étude. En effet, 166 des 686 intervenantes (24 %), en provenance de 22 des 53 maisons répondantes, sont intervenues auprès de femmes ayant ce type d'incapacité au cours des deux années précédant l'enquête. D'après les informations fournies par les répondantes des 22 maisons concernées, ce sont les agressions verbales, psychologiques et les actes de domination sur le plan économique qui ont obtenu les pourcentages les plus élevés pour ce type d'incapacité avec des taux allant de 86 % à 96 % (tableau 20). Notons que tous les types de violence ont été signalés par au moins la moitié des répondantes, incluant la négligence.



**TABLEAU 20**

**Types de violence subie par les femmes ayant une incapacité motrice qui ont bénéficié des services des 22 maisons répondantes au cours des deux années précédant l'enquête, 2007-2008 et 2008-2009**

	n	%
Agressions psychologiques	20	90,9
Agressions verbales	21	95,5
Agressions physiques	16	72,7
Actes de domination sur le plan économique	19	86,4
Agressions sexuelles	12	54,5
Négligence	11	50,0

Note : Les victimes ont pu subir plus d'un type de violence.

Ensuite, 16 des 22 répondantes (73 %) ont souligné que les intervenantes de leur maison ont rencontré des difficultés dans le cadre des interventions qu'elles ont réalisées auprès de femmes ayant une incapacité motrice. Toutes soutiennent que certaines d'entre elles sont liées au type d'incapacité de ces femmes. Parmi les causes les plus fréquemment mentionnées afin d'expliquer ces difficultés figure, une fois de plus, le manque d'expérience en ce qui a trait à l'intervention auprès de personnes ayant ce type d'incapacité (31 %). Les autres causes apparaissant dans le tableau 21 sont spécifiques à l'incapacité motrice, soit l'inaccessibilité des lieux (81 %), le service de transport (38 %), une offre de services externes inappropriée pour répondre aux besoins reliés à ce type d'incapacité (services de soutien à domicile, service d'interprétation visuelle et tactile) (38 %) ainsi qu'un inconfort ou un malaise personnel face à ce type d'incapacité (31 %).

**TABLEAU 21**

**Causes les plus fréquemment mentionnées par les intervenantes des seize maisons répondantes afin d'expliquer les difficultés rencontrées lors des interventions menées auprès de femmes ayant une incapacité motrice victimes de violence conjugale, 2007-2008 et 2008-2009**

	n	%
Inaccessibilité des lieux	13	81,3
Service de transport	6	37,5
Offre de services externes inappropriée pour répondre aux besoins reliés à ce type d'incapacité	6	37,5
Inconfort ou malaise personnel face à ce type d'incapacité	5	31,3
Manque d'expérience en ce qui a trait à l'intervention auprès de personnes ayant ce type d'incapacité	5	31,3

#### 4.1.7 LES COLLABORATIONS ET LES PARTENARIATS

La dernière section du questionnaire destiné aux maisons d'hébergement visait à répondre essentiellement à trois questions :

- Les maisons d'hébergement ont-elles accès à certains services spécialisés pour personnes handicapées (programmes spécifiques des CSSS) ?
- Font-elles appel à ces services lors de leurs interventions auprès de femmes handicapées victimes de violence conjugale ?
- Ont-elles rencontré des difficultés particulières dans le cadre de leurs partenariats ?

Des 53 maisons qui ont rempli le questionnaire, la majorité d'entre elles (51 %) a accès à des programmes spécifiques des CSSS, notamment aux services de soutien à domicile et d'aide matérielle. En outre, plus du tiers des maisons (35 %) ont accès à un service d'interprétation visuelle et tactile (langue des signes québécoise ou *American Sign Language*). Notons cependant une certaine méconnaissance de ces services. En effet, 13 % des répondantes ignorent si leur maison a accès à des programmes spécifiques des CSSS. Cette proportion s'élève à 21 % pour les services d'interprétation (données non présentées).

Comme le démontrent les données présentées dans le tableau 22, les intervenantes des maisons d'hébergement font rarement appel à certaines ressources spécialisées pour personnes handicapées dans le cadre de leurs interventions menées auprès de femmes handicapées victimes de violence conjugale. C'est le cas, entre autres, des services d'interprétation visuelle et tactile et des CRDP. Cependant, plus de la moitié des maisons répondantes (54 %) fait souvent appel aux services spécialisés en santé mentale.

**TABLEAU 22**  
Recours aux ressources et aux services spécialisés pour personnes handicapées par les intervenantes des 53 maisons répondantes

	Souvent	Rarement	Jamais
	%		
Organismes communautaires dédiés aux personnes handicapées	15,4	61,5	23,1
Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement	9,6	50,0	40,4
Centres de réadaptation en déficience physique	3,9	51,0	45,1
Services spécifiques des CSSS	17,3	51,9	30,8
Services spécialisés en santé mentale	53,8	38,5	7,7
Services d'interprétation visuelle et tactile	5,8	26,9	67,3

Des 53 maisons qui ont participé à l'enquête, 43 (81 %) ont déjà fait appel à l'un ou l'autre des services présentés au tableau 22. De ce nombre, 12 (28 %) ont souligné avoir rencontré des difficultés particulières dans le cadre de leurs partenariats. Parmi les difficultés identifiées par les répondantes figurent les listes d'attentes de même que la non-disponibilité ou la disponibilité limitée de certains services, dont les services d'interprétation visuelle et tactile et ceux spécialisés en santé mentale.

## 4.2 CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

### 4.2.1 TAUX DE RÉPONSE ET PORTRAIT DES RÉPONDANTS ET DES RÉPONDANTES

L'enquête par questionnaire menée auprès des 95 CSSS du Québec s'adressait aux intervenants et aux intervenantes de 4 programmes-services : services généraux, déficience physique, déficience intellectuelle et TED et santé mentale. Au total, 192 personnes ont dûment rempli le questionnaire. Le taux de réponse associé à cette enquête est impossible à évaluer dans la mesure où nous ignorons le nombre total d'intervenants et d'intervenantes qui ont reçu le questionnaire. Cependant, un taux de réponse peut être établi en fonction du nombre de CSSS ayant participé à l'étude et du nombre total de ces établissements. Les 192 questionnaires proviennent de 41 des 95 établissements, ce qui correspond à un taux de 43 %.

Le tableau 23 présente la répartition régionale de ces 41 établissements. Certaines régions sont bien représentées comme Laval (100 % de ses CSSS), Montréal (83 %) et Chaudière-Appalaches (80 %), tandis que d'autres le sont très peu, soit l'Outaouais (20 %) et l'Abitibi-Témiscamingue (17 %). Enfin, aucun établissement de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et de la Côte-Nord n'a participé à l'étude.

TABLEAU 23

Taux de réponse des CSSS selon les régions sociosanitaires du Québec

	Nombre de CSSS ayant participé à l'étude	Nombre total de CSSS	Taux de réponse
	n		%
Bas-Saint-Laurent	2	8	25,0
Saguenay–Lac-Saint-Jean	3	6	50,0
Capitale-Nationale	1	4	25,0
Mauricie/Centre-du-Québec	4	8	50,0
Estrie	3	7	42,9
Montréal	10	12	83,3
Outaouais	1	5	20,0
Abitibi-Témiscamingue	1	6	16,7
Côte-Nord	0	8	0,0
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	0	5	0,0
Chaudière-Appalaches	4	5	80,0
Laval	1	1	100,0
Lanaudière	1	2	50,0
Laurentides	3	7	42,9
Montérégie	7	11	63,6
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>95</b>	<b>43,2</b>

La majorité des répondants et des répondantes à cette enquête sont des femmes (87 %) et le tiers appartient à la tranche des 30 à 39 ans (33 %). Les intervenants et les intervenantes ont en moyenne dix années d'expérience dans un CLSC<sup>17</sup> ou un CSSS mission CLSC. La plupart sont des travailleuses ou des travailleurs sociaux (38 %). Les agents et les agentes de relations humaines représentent 15 % de l'échantillon et les techniciens et les techniciennes en travail social, 11 % (données non présentées). Les autres répondants et répondantes sont psychologues, éducatrices ou éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, infirmiers ou infirmières et psychoéducateurs ou psychoéducatrices.

Près de la moitié des participants et des participantes à l'étude (44 %) travaille dans un CSSS situé dans les régions de Montréal ou de la Montérégie (tableau 24). Les régions de Chaudière-Appalaches et du Saguenay–Lac-Saint-Jean sont également bien représentées avec des taux atteignant respectivement 15 % et 10 %.

<sup>17</sup> À la suite de l'adoption en décembre 2003 de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 95 réseaux locaux de services furent créés en juin 2004 à l'échelle du Québec. C'est alors que les CSSS ont fait leur apparition. Ces établissements sont nés de la fusion de CLSC, de centres d'hébergement et de soins de longue durée et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier.

**TABLEAU 24**

**Répartition des répondants et des répondantes des CSSS selon les régions sociosanitaires du Québec**

	n	%
Bas-Saint-Laurent	2	1,0
Saguenay–Lac-Saint-Jean	19	9,9
Capitale-Nationale	10	5,2
Mauricie/Centre-du-Québec	9	4,7
Estrie	10	5,2
Montréal	42	21,9
Outaouais	1	0,5
Abitibi-Témiscamingue	2	1,0
Côte-Nord	0	0,0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	0	0,0
Chaudière-Appalaches	28	14,6
Laval	9	4,7
Lanaudière	7	3,6
Laurentides	11	5,7
Montérégie	42	21,9
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>100,0</b>

Selon les données présentées dans le tableau 25, les répondantes et les répondants sont répartis de façon plutôt équitable entre les différents programmes-services visés par l'enquête. En effet, les pourcentages varient de 21 % pour le programme-service déficience intellectuelle et TED à 31 % pour les services généraux. Par ailleurs, 48 % des intervenants et des intervenantes ayant coché « autre » sont rattachés au programme personnes âgées en perte d'autonomie et 22 % au soutien à domicile (données non présentées).

**TABLEAU 25**

**Répartition des répondants et des répondantes des CSSS selon leur programme-service de rattachement**

	% <sup>2</sup>
Services généraux	30,9
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	20,9
Déficience physique	28,8
Santé mentale	29,3
Autre <sup>1</sup>	24,1

1. La mention « Autre » renvoie notamment aux programmes-services suivants : personnes âgées en perte d'autonomie et soutien à domicile.
2. Un intervenant peut être rattaché à plus d'un programme-service. Par conséquent, la somme des pourcentages ne correspond pas à 100 %.

## 4.2.2 L'ACCÈS AUX SERVICES

Les intervenants et les intervenantes des CSSS mission CLSC jouent un rôle de premier plan dans l'identification de cas de violence conjugale et dans l'intervention auprès des personnes aux prises avec ce problème. Les services suivants sont généralement offerts par les CSSS aux victimes de violence conjugale : accueil et évaluation, information (logement, processus judiciaire), référence, soutien psychosocial, accompagnement (dans les démarches médicales, judiciaires) et suivi. Tout comme dans l'enquête menée auprès des maisons d'hébergement, une section du questionnaire destiné aux intervenants et aux intervenantes des CSSS visait à déterminer si les services offerts par leur programme-service de rattachement aux victimes de violence conjugale sont adaptés aux besoins et aux caractéristiques des femmes handicapées. Ainsi, selon l'évaluation des répondants et des répondantes, le service de référence (adapté dans 74 % des cas) et ceux d'accompagnement et de soutien psychosocial (respectivement adaptés dans 74 % et 67 % des cas) constituent les services les plus fréquemment adaptés aux femmes handicapées. L'accueil et l'évaluation (non adaptés dans 44 % des cas), le suivi (non adapté dans 36 % de cas) et l'information (non adaptée dans 34 % des cas) représentent les services les moins fréquemment adaptés (tableau 26).

**TABLEAU 26**  
**Services offerts par les CSSS adaptés aux caractéristiques et aux besoins des femmes handicapées**

	Oui		Non	
	n	%	n	%
Accueil et évaluation	80	56,3	62	43,7
Information	91	66,4	46	33,6
Référence	110	73,8	39	26,2
Soutien psychosocial	104	67,1	51	32,9
Accompagnement	81	73,6	29	26,4
Suivi	85	63,9	48	36,1

Selon les données présentées dans le tableau 27, les services offerts par les CSSS aux victimes de violence conjugale ne sont pas adaptés, particulièrement pour les femmes ayant une incapacité auditive, liée à la parole ou intellectuelle. En effet, ces types d'incapacité se retrouvent parmi les trois qui obtiennent les pourcentages les plus élevés pour l'ensemble ou près de l'ensemble des services présentés. Pour ce qui est des trois autres types d'incapacité (motrice, visuelle et liée à un trouble grave de santé mentale), ils obtiennent des pourcentages beaucoup moindres. Ces derniers ne figurent jamais parmi les trois types les plus fréquemment mentionnés par les répondants et les répondantes.

TABLEAU 27

Services offerts par les CSSS qui ne sont pas adaptés aux besoins et aux caractéristiques des femmes handicapées selon les types d'incapacité

	Types d'incapacité						
	Motrice	Auditive	Visuelle	Liée à la parole	Intellectuelle	Liée à un TED <sup>1</sup>	Liée à un TGSM <sup>2</sup>
	%						
Accueil et évaluation	17,7	62,9	30,6	53,2	54,8	54,8	35,5
Information	19,6	60,9	47,8	60,9	60,9	56,5	32,6
Référence	33,3	61,5	51,3	59,0	64,1	66,7	30,8
Soutien psychosocial	15,7	56,9	35,3	62,7	51,0	49,0	39,2
Accompagnement	20,7	51,7	34,5	58,6	55,2	51,7	41,4
Suivi	29,2	64,6	50,0	68,8	62,5	56,3	41,7

1. Trouble envahissant du développement.

2. Trouble grave de santé mentale.

Différentes raisons ont été évoquées par les répondants et les répondantes afin d'expliquer pourquoi ils considèrent que ces services ne sont pas adaptés aux femmes handicapées. Certains ont identifié des besoins de formation, notamment les modes de communication adaptés (pictogrammes, langue des signes québécoise) et les stratégies d'intervention. D'autres ont souligné que les outils d'identification de cas et d'intervention en matière de violence conjugale dont ils disposent ne sont pas adaptés aux besoins et aux caractéristiques des femmes handicapées, principalement aux femmes ayant une incapacité auditive ou intellectuelle. À cela s'ajoutent le manque d'équipements spécialisés (appareil de télécommunication pour personnes sourdes), la disponibilité limitée de l'information en formats adaptés et la méconnaissance des ressources spécialisées en matière de violence conjugale.

### 4.2.3 LA FORMATION DU PERSONNEL

Dans le questionnaire destiné aux intervenants et aux intervenantes des CSSS, la section sur la formation était divisée en deux parties : l'une portait sur la violence conjugale et l'autre, sur l'intervention auprès des personnes handicapées. Dans les deux cas, les questions posées visaient à déterminer la proportion de répondants et de répondantes ayant suivi des formations sur ces thèmes et à identifier leurs besoins de formation. Pour certaines questions de cette section, les résultats ont été ventilés selon les programmes-services de rattachement des répondants et des répondantes.

#### 4.2.3.1 Violence conjugale

Au moment de l'enquête, un peu plus des deux tiers des participants et des participantes (68 %) avaient suivi une formation relative à la problématique de la violence conjugale. Le tableau 28 montre que cette proportion varie d'un programme-service à l'autre. Un écart de 26 % est à souligner entre les répondantes et les répondants rattachés au programme-service déficience intellectuelle et TED et ceux associés aux services généraux.

**TABLEAU 28**

**Proportion des répondants et des répondantes des CSSS ayant suivi une formation relative à la problématique de la violence conjugale selon les programmes-services**

	%
Services généraux	78,0
Déficiência intellectuelle et troubles envahissants du développement	52,5
Déficiência physique	63,6
Santé mentale	67,9
Autre <sup>1</sup>	71,7

1. La mention « Autre » renvoie notamment aux programmes-services suivants : personnes âgées en perte d'autonomie et soutien à domicile.

Huit intervenantes et intervenants formés sur 10 (80 %) s'estiment aptes à intervenir adéquatement auprès d'une victime de violence conjugale. Cependant, cette proportion varie d'un programme-service à l'autre. Elle passe de 53 % pour les intervenantes et les intervenants rattachés au programme-service déficiência physique, à 75 % pour ceux et celles travaillant auprès des personnes ayant une déficiência intellectuelle ou un TED, grimpe à 81 % pour les autres programme-services et atteint 87 % pour les services généraux et la santé mentale (données non présentées).

Par ailleurs, les personnes formées ne s'estimant pas aptes à intervenir auprès d'une victime de violence conjugale ont évoqué différentes raisons pour justifier leur sentiment d'inaptitude. Plusieurs d'entre elles avancent le manque de pratique et le besoin d'une formation additionnelle pour approfondir ou rafraîchir leurs connaissances. Certaines soulignent le manque d'outils d'identification de cas ou d'intervention. D'autres, particulièrement des ergothérapeutes, mentionnent que la problématique de la violence conjugale n'est pas abordée dans le cadre de leur formation initiale compte tenu du rôle qu'ils ont à jouer au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

En outre, 87 % des intervenantes et des intervenants non formés estiment qu'il serait utile de suivre une formation relative à la problématique de la violence conjugale dans le cadre de leur pratique en CSSS. Les éléments de formation suivants ont été mentionnés :

- 
- Le cycle de la violence
  - Les types de violence
  - Les contextes de la violence
  - Les outils d'identification de cas et d'intervention
  - Les stratégies d'intervention
  - Les modalités de collaboration avec les partenaires concernés (policiers, médecins, intervenants et intervenantes des ressources spécialisées)
  - Le processus judiciaire
  - Les ressources spécialisées en matière de violence conjugale
-



Certains répondants et répondantes ont également souligné l'importance d'inclure, dans le contenu des formations portant sur la problématique de la violence conjugale, des informations relatives aux groupes de la population vivant des réalités particulières, entre autres les femmes issues des communautés ethnoculturelles et les femmes handicapées.

#### 4.2.3.2 Intervention auprès des personnes handicapées

En ce qui a trait aux formations portant sur l'intervention auprès des personnes handicapées, plus de 4 répondants et répondantes sur 10 (46 %) en ont suivi au moins une, que ce soit dans le cadre de leur formation initiale, en cours d'emploi ou dans tout autre contexte. Ce pourcentage varie d'un programme-service à l'autre comme l'indiquent les données présentées dans le tableau 29. Les trois quarts des intervenantes et des intervenants rattachés au programme-service déficience intellectuelle et TED ont suivi une telle formation, comparativement à 31 % pour ceux et celles des services généraux.

**TABLEAU 29**

**Proportion des répondants et des répondantes des CSSS ayant suivi une formation portant sur l'intervention auprès des personnes handicapées selon les programmes-services**

	%
Services généraux	30,5
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	75,0
Déficience physique	56,4
Santé mentale	39,6
Autre <sup>1</sup>	47,8

1. La mention «Autre» renvoie notamment aux programmes-services suivants : personnes âgées en perte d'autonomie et soutien à domicile.

Notons que la majorité des intervenantes et des intervenants formés (61 %) ne s'estime pas apte à intervenir adéquatement auprès d'une personne handicapée, en particulier auprès des personnes ayant une incapacité liée à un TED, une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale ou une incapacité liée à la parole (tableau 30). Selon les informations recueillies, différents facteurs peuvent expliquer le sentiment d'inaptitude de ces intervenants et de ces intervenantes, notamment le manque d'expérience en intervention auprès de personnes ayant l'un ou l'autre de ces types d'incapacité, le besoin d'une formation additionnelle ou le fait que les formations reçues n'abordaient pas tous les types d'incapacité.

**TABLEAU 30**

**Proportion des répondantes et des répondants des CSSS formés ne s'estimant pas apte à intervenir adéquatement auprès de personnes handicapées selon les types d'incapacité**

	%
Motrice	25,5
Auditive	39,2
Visuelle	35,3
Liée à la parole	43,1
Intellectuelle	33,3
Liée à un trouble envahissant du développement	58,8
Liée à un trouble grave de santé mentale	51,0

Enfin, parmi les intervenants et les intervenantes n'ayant pas suivi de formation portant sur l'intervention auprès des personnes handicapées, plus des trois quarts (79 %) estiment qu'une telle formation serait utile dans le cadre de leur pratique en CSSS. Les besoins de formation qu'ils ont identifiés abordent les thèmes suivants :

- Les troubles graves de santé mentale
- Les troubles envahissants du développement
- Les réalités particulières vécues par les personnes handicapées
- Les modes de communication adaptés (langue des signes québécoise)
- Les stratégies d'intervention existantes
- Les ressources spécialisées pour personnes handicapées

#### 4.2.4 LES OUTILS D'IDENTIFICATION DE CAS

Dans le cadre de leur pratique en CSSS, près de la moitié des répondants et des répondantes (46 %) dispose d'outils d'identification de cas en matière de violence conjugale. Une fois de plus, ce pourcentage varie d'un programme-service à l'autre, allant de 33 % pour les intervenantes et les intervenants rattachés au programme déficience intellectuelle et TED à 58 % pour ceux et celles des services généraux (tableau 31). Mentionnons que ces outils sont essentiellement des tableaux des principaux indices de violence conjugale, des grilles d'observation, des entrevues de dépistage et des questionnaires.

**TABLEAU 31**

**Proportion des répondants et des répondantes des CSSS disposant d'outils d'identification de cas en matière de violence conjugale selon les programmes-services**

	%
Services généraux	57,6
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	32,5
Déficience physique	44,4
Santé mentale	45,5
Autre <sup>1</sup>	54,3

1. La mention «Autre» renvoie notamment aux programmes-services suivants : personnes âgées en perte d'autonomie et soutien à domicile.

Bien que près de la majorité des participants et des participantes à l'enquête (46 %) aient à leur disposition des outils d'identification de cas, 22 % d'entre eux ne les utilisent « jamais ». Plus du tiers (37 %) les utilisent « souvent » et 41 % « rarement » (données non présentées). Les intervenants et les intervenantes qui ne les utilisent pas ou rarement avancent les raisons suivantes : l'identification de cas se fait par des intervenants d'autres programmes-services du CSSS, peu de cas de violence conjugale sont rencontrés et les outils ne sont pas adaptés aux caractéristiques et aux besoins des personnes auprès desquelles ils travaillent.

À cet égard, une section du questionnaire visait à déterminer si les outils dont disposent les intervenants et les intervenantes sont adaptés aux caractéristiques et aux besoins des femmes handicapées et, sinon, pour quels types d'incapacité ces outils ne sont pas adaptés. Ainsi, selon l'évaluation des répondants et des répondantes, les entrevues de dépistage (adaptées dans 72 % des cas) et les tableaux des principaux indices de violence conjugale (adaptés dans 63 % des cas) constituent les outils les plus fréquemment adaptés aux femmes handicapées, tandis que les questionnaires (non adaptés dans 52 % des cas) et les grilles d'observation (non adaptés dans 48 % des cas) sont les moins fréquemment adaptés (tableau 32).

**TABLEAU 32**

**Outils d'identification de cas en matière de violence conjugale dont disposent les répondants et les répondantes des CSSS adaptés aux caractéristiques et aux besoins des femmes handicapées**

	Oui		Non	
	n	%	n	%
Grilles d'observation	28	51,9	26	48,1
Tableaux des principaux indices de violence conjugale	36	63,2	21	36,8
Entrevues de dépistage	33	71,7	13	28,3
Questionnaires	10	47,6	11	52,4

Les données du tableau 33 révèlent que ces outils ne sont pas adaptés, particulièrement pour les femmes ayant une incapacité intellectuelle, une incapacité auditive ou une incapacité liée à un TED. En effet, ces types d'incapacité se retrouvent parmi les trois les plus fréquemment mentionnés par les répondants et les répondantes pour au moins trois des quatre outils d'identification de cas présentés. Selon les précisions apportées par les intervenants et les intervenantes, ce sont essentiellement les formats et le contenu de ces outils qui ne sont pas adaptés aux caractéristiques et aux besoins des femmes handicapées. Les entrevues de dépistage, par exemple, ont été conçues pour des personnes qui ont une certaine facilité de communication et capacité de compréhension.

**TABLEAU 33**

**Outils d'identification de cas en matière de violence conjugale dont disposent les intervenants et les intervenantes des CSSS qui ne sont pas adaptés aux caractéristiques et aux besoins des femmes handicapées selon les types d'incapacité**

	Types d'incapacité						
	Motrice	Auditive	Visuelle	Liée à la parole	Intellectuelle	Liée à un TED <sup>1</sup>	Liée à un TGSM <sup>2</sup>
	%						
Grilles d'observation	41,7	50,0	54,2	58,3	79,2	83,3	62,5
Tableaux des principaux indices de violence conjugale	42,1	63,2	68,4	47,4	63,2	63,2	47,4
Entrevues de dépistage	25,0	50,0	33,3	50,0	66,7	58,3	25,0
Questionnaires	27,3	54,5	36,4	45,5	90,9	63,6	54,5

1. Trouble envahissant du développement.

2. Trouble grave de santé mentale.

#### 4.2.5 L'IDENTIFICATION DE CAS ET L'INTERVENTION AUPRÈS DE FEMMES HANDICAPÉES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE

La fréquence d'identification de cas de violence conjugale chez les femmes handicapées par des intervenants et des intervenantes de CSSS varie d'un type d'incapacité à l'autre. En effet, le tableau 34 indique que les cas de violence conjugale identifiés par ces personnes ont été le plus fréquemment rencontrés chez des femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale (souvent ou rarement dans 43 % des cas), intellectuelle (souvent ou rarement dans 37 % des cas) ou motrice (souvent ou rarement dans 35 % des cas). Pour ce qui est des autres types d'incapacité, ce pourcentage varie entre 1,6 % et 8 %.

**TABLEAU 34**

**Fréquence d'identification de cas de violence conjugale chez les femmes handicapées par les répondants et les répondantes des CSSS selon les types d'incapacité**

	Souvent	Rarement	Jamais
	%		
Intellectuelle	2,1	34,9	63,0
Liée à un trouble envahissant du développement	0,0	1,6	98,4
Motrice	3,1	32,3	64,6
Auditive	0,5	7,8	91,7
Visuelle	0,5	3,7	95,8
Liée à la parole	0,5	5,7	93,8
Liée à un trouble grave de santé mentale	8,9	33,9	57,2

En raison d'effectifs insuffisants, les résultats associés aux femmes ayant une incapacité liée à un TED, visuelle, liée à la parole ou auditive n'ont pas fait l'objet d'analyses pour cette enquête. Pour chacun des trois autres types d'incapacité, seront entre autres présentés aux sections 4.2.5.1 à 4.2.5.3, les types de violence qu'ont subie les femmes rencontrées, les actions entreprises par les répondants et les répondantes à la suite de l'identification de cas de violence conjugale ainsi que les causes des difficultés qu'ils ont rencontrées lors des interventions réalisées. Treize causes étaient à cet effet proposées aux intervenants et aux intervenantes dans le questionnaire, soit :

- Une méconnaissance de la problématique de la violence conjugale
- Une méconnaissance des ressources spécialisées en matière de violence conjugale
- L'absence d'un protocole de références en matière de violence conjugale
- L'absence d'un protocole d'intervention en matière de violence conjugale à l'interne
- Un manque d'outils d'identification de cas ou d'intervention en matière de violence conjugale
- Un manque de connaissances à l'égard de ce type d'incapacité
- Un manque d'expérience en ce qui a trait à l'intervention auprès de personnes ayant ce type d'incapacité
- Un inconfort ou un malaise personnel face à ce type d'incapacité
- Des outils d'identification de cas ou d'intervention qui ne sont pas adaptés aux besoins et aux caractéristiques des femmes ayant ce type d'incapacité
- L'inaccessibilité des ressources spécialisées en matière de violence conjugale
- Le service de transport (manque de flexibilité, service non adapté, etc.)
- L'attitude des victimes
- L'attitude de la famille ou des proches des victimes

#### 4.2.5.1 Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale

Des 192 participants et participantes à l'enquête, 82 (43 %) ont identifié des cas de violence conjugale chez des femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale dans le cadre de leur pratique en CSSS. La majorité d'entre eux a souligné que ces femmes avaient été victimes d'agressions verbales (94 %), psychologiques (90 %), physiques (65 %) et d'actes de domination sur le plan économique (63 %) de la part de leur conjoint (tableau 35).

TABLEAU 35

Types de violence subie par les femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale victimes de violence conjugale rencontrées par les 82 répondants et répondantes des CSSS

	n	%
Agressions psychologiques	74	90,2
Agressions verbales	77	93,9
Agressions physiques	53	64,6
Actes de domination sur le plan économique	52	63,4
Agressions sexuelles	39	47,6
Négligence	28	34,1

Note : Les victimes ont pu subir plus d'un type de violence.

À la suite de l'identification de cas de violence conjugale chez des femmes ayant ce type d'incapacité, 93 % des intervenants et des intervenantes en ont discuté avec la ou les victimes, 48 % ont confié les cas à une maison d'hébergement et 43 % sont demeurés impliqués pour le suivi et l'accompagnement (tableau 36). En outre, près de 4 intervenants et intervenantes sur 10 (39 %) ont consulté un ou une autre professionnelle du CSSS, notamment du programme-service santé mentale ou des services psychosociaux. Enfin, il ressort que pour ce type d'incapacité, les répondants et les répondantes ont peu fait appel aux ressources spécialisées pour personnes handicapées, dont les organismes communautaires (4,9 %).

TABLEAU 36

Actions entreprises par les 82 intervenants et intervenantes des CSSS à la suite de l'identification d'un cas de violence conjugale chez une femme ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale

	n	%
<b>J'en ai discuté avec :</b>		
La ou les victimes	76	92,7
Son représentant légal ou sa représentante légale	8	9,8
Un ou des membres de sa famille ou de ses proches	15	18,3
Autre	8	9,8
<b>J'ai fait un signalement à :</b>		
La police	13	15,9
La direction de la protection de la jeunesse	6	7,3
Autre	2	2,4
<b>J'ai fait une référence à :</b>		
Un(e) autre professionnel(le) du CSSS	32	39,0
Une maison d'hébergement	39	47,6
Autre	8	9,8
<b>J'ai contacté :</b>		
Un organisme dédié aux personnes handicapées	4	4,9
Un(e) intervenant(e) d'un centre de réadaptation	2	2,4
Autre	9	11,0
<b>Je n'ai pas fait de référence (j'ai piloté seul[e] le dossier)</b>	18	22,0
<b>Je suis demeuré(e) impliqué(e) pour le suivi et l'accompagnement</b>	35	42,7
<b>Autre</b>	6	7,3

En ce qui concerne l'intervention, plus du tiers des répondantes et des répondants (35 %) sont intervenus directement auprès de femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale victimes de violence conjugale dans le cadre de leur pratique. Près de la moitié d'entre eux (45 %) a par ailleurs souligné avoir rencontré des difficultés. Les causes les plus fréquemment mentionnées par les intervenants et les intervenantes pour expliquer ces difficultés apparaissent dans le tableau 37. L'attitude des victimes a été relevée par dix-huit personnes. Certaines d'entre elles ont précisé leur réponse. Notons que la quasi-totalité des éléments qui ont été inscrits est propre aux victimes de violence conjugale, soit « déni », « minimise la situation », « peu de collaboration » et « refus de prendre des actions pour faire cesser la situation de violence ». Les deux autres causes les plus fréquemment mentionnées par les répondants et les répondantes sont le manque d'expérience relativement à l'intervention auprès de personnes ayant ce type d'incapacité (28 %) et la méconnaissance de la problématique de la violence conjugale (28 %).

Enfin, parmi les éléments de réponse identifiés dans la catégorie « autre », on retrouve notamment « personne trop désorganisée pour pouvoir travailler en thérapie », « ressource adaptée à la problématique de la violence, mais non à celle de la santé mentale » et « difficultés communes à d'autres femmes, mais exacerbées chez celles-ci étant donné leur type d'incapacité ».

**TABLEAU 37**

**Causes les plus fréquemment mentionnées par les 29 intervenants et intervenantes des CSSS afin d'expliquer les difficultés rencontrées lors des interventions menées auprès de femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale victimes de violence conjugale**

	n	%
Attitude des victimes	18	62,1
Manque d'expérience en ce qui a trait à l'intervention auprès de personnes ayant ce type d'incapacité	8	27,6
Méconnaissance de la problématique de la violence conjugale	8	27,6
Manque de connaissances à l'égard de ce type d'incapacité	7	24,1
Autre	7	24,1

#### 4.2.5.2 Incapacité intellectuelle

Quant à l'incapacité intellectuelle, 71 des 192 intervenants et intervenantes ayant participé à l'enquête (37 %) ont identifié des cas de violence conjugale chez des femmes ayant ce type d'incapacité dans le cadre de leur pratique en CSSS. Selon les informations fournies par ceux-ci, les types de violence les plus fréquemment rencontrés sont les agressions verbales (90 %), psychologiques (85 %) et les actes de domination économique (70 %) (tableau 38).

**TABLEAU 38**

**Types de violence subie par les femmes ayant une incapacité intellectuelle victimes de violence conjugale rencontrées par les 71 répondants et répondantes des CSSS**

	n	%
Agressions psychologiques	60	84,5
Agressions verbales	64	90,1
Agressions physiques	31	43,7
Actes de domination sur le plan économique	50	70,4
Agressions sexuelles	21	29,6
Négligence	28	39,4

Note : Les victimes ont pu subir plus d'un type de violence.

À la suite de l'identification de ces cas de violence conjugale, 65 des 71 répondants et répondantes en ont discuté avec les victimes (92 %) et 41 sont demeurés impliqués pour le suivi et l'accompagnement (58 %) (tableau 39). En outre, près de 4 intervenants et intervenantes sur 10 (39 %) en ont discuté avec un ou des membres de la famille des victimes ou de leurs proches. Notons également qu'un peu plus du quart des intervenants et des intervenantes (25 %) a fait appel à un ou à une intervenante d'un centre de réadaptation.



TABLEAU 39

Actions entreprises par les 71 intervenants et intervenantes des CSSS à la suite de l'identification d'un cas de violence conjugale chez une femme ayant une incapacité intellectuelle

	n	%
<b>J'en ai discuté avec :</b>		
La ou les victimes	65	91,5
Son représentant légal ou sa représentante légale	7	9,9
Un ou des membres de sa famille ou de ses proches	28	39,4
Autre	11	15,5
<b>J'ai fait un signalement à :</b>		
La police	5	7,0
La direction de la protection de la jeunesse	2	2,8
Autre	8	11,3
<b>J'ai fait une référence à :</b>		
Un(e) autre professionnel(le) du CSSS	19	26,8
Une maison d'hébergement	21	29,6
Autre	7	9,9
<b>J'ai contacté :</b>		
Un organisme dédié aux personnes handicapées	7	9,9
Un(e) intervenant(e) d'un centre de réadaptation	18	25,4
Autre	7	9,9
<b>Je n'ai pas fait de référence (j'ai piloté seul[e] le dossier)</b>	16	22,5
<b>Je suis demeuré(e) impliqué(e) pour le suivi et l'accompagnement</b>	41	57,7
<b>Autre</b>	8	11,3

Tout comme pour l'incapacité liée à un trouble grave de santé mentale, un peu plus du tiers des participants et des participantes à l'enquête (34 %) est intervenu directement auprès de femmes ayant une incapacité intellectuelle victimes de violence conjugale. Les trois quarts de ceux-ci ont souligné avoir rencontré des difficultés dans le cadre de leurs interventions. Parmi les cinq causes les plus fréquemment mentionnées afin d'expliquer ces difficultés, trois d'entre elles sont similaires à celles identifiées pour l'incapacité liée à un trouble grave de santé mentale, soit l'attitude des victimes (60 %), le manque d'expérience relativement à l'intervention auprès de personnes ayant ce type d'incapacité (36 %) et le manque de connaissances à l'égard de ce type d'incapacité (26 %) (tableau 40). À ces causes s'ajoutent l'attitude de la famille ou des proches des victimes (36 %) et des outils d'identification de cas ou d'intervention qui ne sont pas adaptés aux besoins et aux caractéristiques des femmes ayant ce type d'incapacité (32 %). Certains répondants et répondantes ont apporté les précisions suivantes en ce qui concerne l'attitude de la famille et des proches : « minimisation de la situation », « faible soutien », « peu d'implication », « camouflage et banalisation » et « variation entre surprotection et négligence ».

**TABLEAU 40**

**Causes les plus fréquemment mentionnées par les 50 intervenants et intervenantes des CSSS afin d'expliquer les difficultés rencontrées lors des interventions menées auprès de femmes ayant une incapacité intellectuelle victimes de violence conjugale**

	n	%
Attitude des victimes	30	60,0
Attitude de la famille ou des proches des victimes	18	36,0
Manque d'expérience en ce qui a trait à l'intervention auprès de personnes ayant ce type d'incapacité	18	36,0
Outils d'identification de cas ou d'intervention qui ne sont pas adaptés aux besoins et aux caractéristiques des femmes ayant ce type d'incapacité	16	32,0
Manque de connaissances à l'égard de ce type d'incapacité	13	26,0

#### 4.2.5.3 Incapacité motrice

Plus du tiers des répondants et des répondantes (35 %) ont identifié des cas de violence conjugale chez des femmes ayant une incapacité motrice. Les deux types de violence les plus fréquemment rencontrés chez celles-ci sont les agressions verbales (91 %) et psychologiques (84 %) (tableau 41), tel que ce fut le cas pour les femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale et celles ayant une incapacité intellectuelle. De plus, des trois types d'incapacité qui ont fait l'objet d'analyses pour cette enquête, l'incapacité motrice est le type d'incapacité pour lequel la négligence obtient le taux le plus élevé, soit 44 % (comparativement à 34 % pour l'incapacité liée à un trouble grave de santé mentale et 39 % pour l'incapacité intellectuelle).

**TABLEAU 41**

**Types de violence subie par les femmes ayant une incapacité motrice victimes de violence conjugale rencontrées par les 68 répondants et répondantes des CSSS**

	n	%
Agressions psychologiques	57	83,8
Agressions verbales	62	91,2
Agressions physiques	20	29,4
Actes de domination sur le plan économique	35	51,5
Agressions sexuelles	9	13,2
Négligence	13	44,1

Note : Les victimes ont pu subir plus d'un type de violence.

Les actions les plus fréquemment entreprises par les intervenants et les intervenantes à la suite de l'identification d'un cas de violence conjugale chez une femme ayant une incapacité motrice sont similaires à celles présentées pour les deux autres types d'incapacité ayant fait l'objet d'analyses. En effet, 96 % des répondants et des répondantes en ont discuté avec la victime et 49 % sont demeurés impliqués pour le suivi et l'accompagnement (tableau 42). En outre, ils ont consulté un ou une autre professionnelle du CSSS dans 35 % des cas (soutien à domicile, déficience physique, services psychosociaux) et ont confié la victime à une maison d'hébergement dans 28 % des cas. Enfin, une bonne proportion d'entre eux (29 %) en a discuté avec un ou des membres de la famille ou avec des proches de la victime.

TABLEAU 42

Actions entreprises par les 68 intervenants et intervenantes des CSSS à la suite de l'identification d'un cas de violence conjugale chez une femme ayant une incapacité motrice

	n	%
<b>J'en ai discuté avec :</b>		
La ou les victimes	65	95,6
Son représentant légal ou sa représentante légale	6	8,8
Un ou des membres de sa famille ou de ses proches	20	29,4
Autre	10	14,7
<b>J'ai fait un signalement à :</b>		
La police	4	5,9
La direction de la protection de la jeunesse	5	7,4
Autre	7	10,3
<b>J'ai fait une référence à :</b>		
Un(e) autre professionnel(le) du CSSS	24	35,3
Une maison d'hébergement	19	27,9
Autre	5	7,4
<b>J'ai contacté :</b>		
Un organisme dédié aux personnes handicapées	4	5,9
Un(e) intervenant(e) d'un centre de réadaptation	3	4,4
Autre	5	7,4
<b>Je n'ai pas fait de référence (j'ai piloté seul[e] le dossier)</b>	17	25,0
<b>Je suis demeuré(e) impliqué(e) pour le suivi et l'accompagnement</b>	33	48,5
<b>Autre</b>	6	8,8

D'après les informations recueillies, 58 des 192 répondantes et répondants sont intervenus directement auprès de femmes ayant une incapacité motrice victimes de violence conjugale dans le cadre de leur pratique en CSSS. De ce nombre, 32 (55 %) ont rencontré des difficultés lors de leurs interventions. Notons que l'attitude des victimes (69 %) constitue, une fois de plus, la cause la plus fréquemment mentionnée par les intervenants et les intervenantes afin d'expliquer les difficultés rencontrées. À cet égard, certains éléments de précision qu'ils ont soulignés sont spécifiques à l'incapacité motrice : « peur de ne pas retrouver un autre conjoint compte tenu de ses incapacités », « peur d'être placée » et « crainte de vivre seule étant donné ses besoins d'assistance ». Deux des cinq causes présentées dans le tableau 43 sont également spécifiques à ce type d'incapacité, soit l'inaccessibilité des ressources spécialisées en matière de violence conjugale (34 %) et le service de transport (25 %).

**TABLEAU 43**

**Causes les plus fréquemment mentionnées par les 32 intervenants et intervenantes des CSSS afin d'expliquer les difficultés rencontrées lors des interventions menées auprès de femmes ayant une incapacité motrice victimes de violence conjugale**

	n	%
Attitude des victimes	22	68,8
Inaccessibilité des ressources spécialisées en matière de violence conjugale	11	34,4
Attitude de la famille ou des proches des victimes	10	31,3
Manque d'outils d'identification de cas ou d'intervention en matière de violence conjugale	10	31,3
Service de transport	8	25,0

#### 4.2.6 LES COLLABORATIONS ET LES PARTENARIATS

Plus de 4 répondants et répondantes sur 10 (45 %) affirment que le CSSS pour lequel ils travaillent est signataire d'un protocole de références en matière de violence conjugale, alors que près de la moitié (47 %) l'ignore. Selon les données fournies, 31 des 41 CSSS (76 %) ayant participé à l'enquête seraient signataires d'un tel protocole.

Ensuite, un peu plus des deux tiers des intervenants et des intervenantes (67 %) ont déjà fait appel à une ressource spécialisée en matière de violence conjugale dans le cadre de leur pratique en CSSS. Ces derniers ont surtout fait appel à des maisons d'hébergement (91 %), des centres d'aide aux victimes d'actes criminels (41 %) et des ressources pour conjoints violents (40 %) (tableau 44). Près du cinquième des intervenants et des intervenantes qui ont fait appel à ces ressources (18 %) ont rencontré des difficultés dans le cadre de leurs partenariats, notamment le refus de certaines maisons d'hébergement d'accueillir des femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale ou intellectuelle, l'inaccessibilité de certaines ressources et le manque de flexibilité du service de transport adapté.

**TABLEAU 44**

**Recours aux ressources spécialisées en matière de violence conjugale par les répondants et les répondantes des CSSS**

	Oui		Non	
	n	%	n	%
Maison d'hébergement	115	91,3	11	8,7
Ligne S.O.S. violence conjugale	38	30,2	88	69,8
Centre d'aide aux victimes d'actes criminels	51	40,5	75	59,5
Ressource pour conjoints violents	50	39,7	76	60,3

Dans le cadre de leurs interventions menées auprès de femmes handicapées victimes de violence conjugale, les répondants et les répondantes font peu appel aux ressources spécialisées pour personnes handicapées (tableau 45). En effet, 6 % d'entre eux affirment avoir fait appel à un service d'interprétation visuelle et tactile, 9 % à un CRDP et 14 % à un organisme dédié aux personnes handicapées. Les deux ressources les plus fréquemment consultées sont les CRDI-TED (18 %) et les services spécialisés en santé mentale (23 %). Certaines

difficultés ont par ailleurs été relevées par les intervenants et les intervenantes des CSSS lors de ces partenariats, principalement les listes d'attente et la méconnaissance de la problématique de la violence conjugale par le personnel d'intervention de ces établissements et de ces organismes.

**TABLEAU 45**  
**Recours aux ressources spécialisées pour personnes handicapées par les répondants et les répondantes des CSSS**

	Oui		Non	
	n	%	n	%
Organisme dédié aux personnes handicapées	19	14,4	113	85,6
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement	23	17,8	106	82,2
Centre de réadaptation en déficience physique	12	9,3	117	90,7
Service spécialisé en santé mentale	30	23,4	98	76,6
Service d'interprétation visuelle et tactile	7	5,5	120	94,5

## 4.3 CENTRES DE RÉADAPTATION

### 4.3.1 TAUX DE RÉPONSE ET PORTRAIT DES RÉPONDANTS ET DES RÉPONDANTES

Dans le cadre de l'enquête menée auprès des centres de réadaptation, 101 intervenants et intervenantes ont rempli le questionnaire. Tout comme pour les CSSS, le taux de réponse a été établi en fonction du nombre d'établissements participants plutôt que du nombre d'intervenants ayant répondu au questionnaire. Ainsi, 23 des 40 établissements sollicités ont participé à l'enquête, ce qui représente un taux de réponse de 58 %. Le tableau 46 montre que les CRDP ont davantage participé à l'enquête que les CRDI-TED. En outre, tous les établissements à missions combinées (à la fois CRDP et CRDI-TED) sont représentés. Notons enfin qu'aucun centre de réadaptation du Bas-Saint-Laurent et du Saguenay–Lac-Saint-Jean n'a participé à l'étude.

**TABLEAU 46**  
Taux de réponse des centres de réadaptation selon les types d'établissement

	Nombre d'établissements ayant répondu au questionnaire	Nombre total d'établissements	Taux de réponse
	n		%
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement	9	19	47,3
Centre de réadaptation en déficience physique	11	18	61,1
Établissements à missions combinées	3	3	100,0
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>40</b>	<b>57,5</b>

En ce qui a trait au portrait des répondants et des répondantes, la majorité d'entre eux (86 %) sont des femmes. Un peu plus du tiers (34 %) est âgé de 40 à 49 ans. Les deux professions les plus largement représentées sont l'éducation spécialisée (55 %) et le travail social (17 %) (données non présentées). Les autres participants et participantes à l'enquête sont ergothérapeutes, psychoéducateurs ou psychoéducatrices, audiologistes, orthophonistes, psychologues, sexologues, spécialistes en activités cliniques et physiothérapeutes.

La proportion d'intervenants et d'intervenantes travaillant dans un CRDI-TED s'élève à 57 %. Pour ce qui est des CRDP et des établissements à missions combinées, ce pourcentage atteint respectivement 35 % et 8 % (données non présentées). Ensuite, un peu plus du quart des répondants et des répondantes (27 %) travaille pour un centre de réadaptation situé dans la région de Laval (tableau 47). Les régions de Montréal, de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et de l'Outaouais sont également bien représentées avec des taux allant de 11 % à 20 %.

TABLEAU 47

Répartition des répondants et des répondantes des centres de réadaptation selon les régions sociosanitaires du Québec

	n	%
Bas-Saint-Laurent	0	0,0
Saguenay–Lac-Saint-Jean	0	0,0
Capitale-Nationale	6	6,0
Mauricie/Centre-du-Québec	2	2,0
Estrie	3	3,0
Montréal	20	19,8
Outaouais	11	10,9
Abitibi-Témiscamingue	5	5,0
Côte-Nord	2	2,0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	13	12,9
Chaudière-Appalaches	1	1,0
Laval	27	26,7
Lanaudière	1	1,0
Laurentides	6	5,9
Montérégie	4	4,0
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

Enfin, la moyenne d'années d'expérience en centre de réadaptation des intervenants et des intervenantes est de 12,3 ans.

#### 4.3.2 LA FORMATION DU PERSONNEL

Des 101 personnes qui ont participé à l'enquête, 32 ont suivi une formation relative à la problématique de la violence conjugale : 61 % d'entre elles travaillent dans un CRDI-TED, 32 % dans un CRDP et 7 % dans un établissement à missions combinées (données non présentées). La majorité des intervenantes et des intervenants formés (56 %) ne se sent pas apte à intervenir adéquatement auprès d'une victime de violence conjugale. Plus de la moitié d'entre eux (53 %) estime avoir besoin d'une formation additionnelle et 36 % soulignent que la formation reçue n'était pas adaptée aux caractéristiques et aux besoins des personnes handicapées (données non présentées).

De plus, 7 répondantes et répondants non formés sur 10 estiment qu'une formation relative à la problématique de la violence conjugale serait utile dans le cadre de leur pratique en centre de réadaptation. Voici quelques-uns des besoins de formation mentionnés par ceux-ci :

- 
- Le cycle de la violence
  - Les signes et indices de violence conjugale
  - Les outils d'identification de cas existants
  - Les méthodes d'intervention à privilégier
  - Les aspects légaux
  - Les ressources spécialisées disponibles
- 

Différentes raisons ont été évoquées par les intervenants et les intervenantes jugeant inutile une telle formation. Certains affirment qu'ils n'ont jamais rencontré de cas de violence conjugale dans le cadre de leur pratique en centre de réadaptation. D'autres, notamment ceux et celles œuvrant dans un CRDI-TED, soulignent qu'ils travaillent auprès de personnes vivant rarement des relations amoureuses. Enfin, quelques-uns mentionnent que, si un cas de violence conjugale se présentait, ils le confieraient aux intervenantes ou aux intervenants compétents (d'une maison d'hébergement, d'un CSSS).

#### 4.3.3 LA PRÉVENTION ET LA SENSIBILISATION

Dans le cadre de l'enquête menée auprès des centres de réadaptation, une section du questionnaire portait sur la prévention et la sensibilisation en matière de violence conjugale. Cette section visait à déterminer si ces établissements offrent des activités de ce type et, si c'est le cas, à qui ces activités s'adressent et quels thèmes sont abordés.

Selon les informations fournies par les répondants et les répondantes, des 23 centres de réadaptation qui ont participé à l'enquête, 11 (48 %) offrent des activités de prévention ou de sensibilisation à la violence, soit 6 CRDI-TED, 3 établissements à missions combinées et 2 CRDP. De ce nombre, cinq offrent des activités de prévention ou de sensibilisation à la violence incluant un volet sur la violence conjugale : trois CRDI-TED et deux établissements à missions combinées.

L'ensemble de ces activités s'adresse aux usagers et aux usagères. Deux CRDI-TED les offrent également aux familles et aux proches. Ces activités de prévention ou de sensibilisation abordent différents sujets, dont les ressources spécialisées en matière de violence conjugale, les différents types de violence, les droits et les recours des victimes, le cycle de la violence et les principaux indices de violence conjugale.

#### 4.3.4 L'IDENTIFICATION DE CAS DE VIOLENCE CONJUGALE

Des 101 répondants et répondantes, 10 disposent d'outils d'identification de cas en matière de violence conjugale. Ces derniers proviennent de neuf établissements distincts : quatre CRDI-TED, quatre CRDP et un établissement à missions combinées. Il s'agit surtout de grilles



d'observation et de tableaux des principaux indices de violence conjugale. Par ailleurs, des dix intervenants et intervenantes qui disposent d'outils d'identification de cas en matière de violence conjugale, deux les utilisent souvent, quatre rarement et quatre ne les utilisent jamais. Parmi les raisons évoquées par ceux et celles qui les utilisent rarement ou jamais, on retrouve le manque de formation et le fait que les outils ne sont pas adaptés aux besoins et aux caractéristiques des personnes handicapées.

Ensuite, 40 des 101 répondants et répondantes ont identifié des cas de violence conjugale dans le cadre de leur pratique en centre de réadaptation : 21 travaillent dans un CRDI-TED, 14 dans un CRDP et 5 dans un établissement à missions combinées. Selon les données fournies par 36 d'entre eux, 58 cas de violence conjugale ont été identifiés au cours des 2 années précédant l'enquête (2007-2008 et 2008-2009), ce qui représente une moyenne de 1,61 cas par personne.

Le tableau 48 présente les types de violence subie par les femmes rencontrées par les 40 intervenants et intervenantes. Les données sont ventilées par type d'établissement. Il est à noter que les résultats associés aux répondants et aux répondantes des CRDP et des établissements à missions combinées ont été mis en commun, étant donné que ces derniers ont rencontré des cas de violence conjugale chez des femmes ayant une incapacité motrice ou auditive. Ainsi, les agressions verbales et psychologiques constituent les types de violence les plus fréquemment rencontrés à la fois par les répondants et les répondantes des CRDI-TED et par ceux et celles des CRDP et des établissements à missions combinées. En outre, trois fois plus d'intervenantes et d'intervenants rattachés à un CRDI-TED ont rapporté des agressions physiques comparativement aux répondants et aux répondantes des CRDP et des établissements à missions combinées. Enfin, moins du cinquième des répondants et des répondantes des deux échantillons (19% et 16%) a affirmé avoir rencontré des femmes ayant subi de la négligence de la part de leur conjoint.

**TABLEAU 48**  
Types de violence subie par les femmes handicapées victimes de violence conjugale rencontrées par les 40 répondants et répondantes des centres de réadaptation

	CRDI-TED <sup>1</sup>		CRDP et établissements à missions combinées <sup>2</sup>	
	n	%	n	%
Agressions psychologiques	14	66,7	15	78,9
Agressions verbales	18	85,7	14	73,7
Agressions physiques	12	57,1	4	21,1
Actes de domination sur le plan économique	9	42,9	7	36,8
Agressions sexuelles	5	23,8	4	21,1
Négligence	4	19,0	3	15,8

1. Vingt-et-un répondants et répondantes.

2. Dix-neuf répondants et répondantes.

Note : Les victimes ont pu subir plus d'un type de violence.

Comme le démontre le tableau 49, différentes actions ont été entreprises par les intervenants et les intervenantes à la suite de l'identification d'un cas de violence conjugale chez une femme handicapée. La majorité des répondants et des répondantes en ont discuté avec la victime (85 %) et sont demeurés impliqués pour le suivi et l'accompagnement (53 %). De plus, près du tiers des intervenants et des intervenantes en a discuté avec un membre de son équipe (31 %), que ce soit son superviseur ou un collègue, ou a fait un signalement à la direction de l'établissement ou au curateur public (28 %). Finalement, selon les données présentées, les intervenants et les intervenantes des centres de réadaptation font moins appel aux maisons d'hébergement que ceux et celles des CSSS. En effet, pour ces derniers, ce pourcentage varie de 28 % à 48 % selon le type d'incapacité de la personne rencontrée, tandis qu'il atteint 18 % pour les centres de réadaptation (tableau I de l'annexe F).

**TABLEAU 49**  
**Actions entreprises par les 39 répondants et répondantes des centres de réadaptation à la suite de l'identification d'un cas de violence conjugale chez une femme handicapée**

	n	%
<b>J'en ai discuté avec :</b>		
La ou les victimes	33	84,6
Son représentant légal ou sa représentante légale	7	17,9
Un ou des membres de sa famille ou de ses proches	7	17,9
Autre	12	30,8
<b>J'ai fait un signalement à :</b>		
La police	6	15,4
La direction de la protection de la jeunesse	2	5,1
Autre	11	28,2
<b>J'ai fait une référence à :</b>		
Un(e) autre professionnel(le) du centre de réadaptation	6	15,4
Un centre de santé et de services sociaux	8	20,5
Une maison d'hébergement	7	17,9
Autre	6	15,4
<b>Je n'ai pas fait de référence (j'ai piloté seul[e] le dossier)</b>	7	17,9
<b>Je suis demeuré(e) impliqué(e) pour le suivi et l'accompagnement</b>	20	52,6
<b>Autre</b>	6	15,8

#### 4.3.5 L'INTERVENTION AUPRÈS DE FEMMES HANDICAPÉES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE

Pour ce qui est des outils d'intervention en matière de violence conjugale, six participants et participantes à l'étude ont affirmé en disposer. Ceux-ci proviennent de quatre centres de réadaptation, dont deux CRDI-TED, un CRDP et un établissement à missions combinées. Par ailleurs, trois ne les utilisent jamais, soulignant qu'ils ne rencontrent « aucune situation de violence » dans le cadre de leur pratique ou que les victimes « ne sont pas toujours disposées à mettre en place les moyens nécessaires pour se sortir de la situation de violence ».

Ensuite, 30 des 101 répondantes et répondants sont intervenus auprès de femmes handicapées victimes de violence conjugale dans le cadre de leur pratique en centre de réadaptation : 15 travaillent dans un CRDI-TED, 11 dans un CRDP et 4 dans un établissement à missions combinées. Il est à noter que près des trois quarts (72 %) d'entre eux ont rencontré des difficultés lors de leurs interventions. Dans le cadre de l'enquête, il leur était demandé d'identifier les causes possibles de ces difficultés. Les onze éléments suivants leur étaient proposés :

- Une méconnaissance de la problématique de la violence conjugale
- Une méconnaissance des ressources spécialisées en matière de violence conjugale
- Une méconnaissance du système judiciaire
- L'inaccessibilité des ressources spécialisées en matière de violence conjugale
- Des outils d'identification de cas ou d'intervention qui ne sont pas adaptés aux besoins et aux caractéristiques des personnes handicapées
- Un manque d'outils d'identification de cas ou d'intervention
- Un manque de ressources à l'interne
- L'absence d'un protocole de références à l'externe
- L'absence d'un protocole d'intervention en matière de violence conjugale à l'interne
- L'attitude des victimes
- L'attitude de la famille ou des proches des victimes

Les causes les plus fréquemment mentionnées par les intervenants et les intervenantes sont présentées dans les tableaux 50 et 51. Une fois de plus, les données sont ventilées par type d'établissement. Les résultats associés aux répondants et aux répondantes des CRDP et des établissements à missions combinées ont été à nouveau mis en commun, puisque ces derniers ont rencontré des cas de violence conjugale chez des femmes ayant une incapacité motrice ou auditive.

Ainsi, certaines causes des difficultés rencontrées sont communes aux trois types d'établissements, soit le manque d'outils d'identification de cas ou d'intervention en matière de violence conjugale et l'absence d'un protocole de références à l'externe, tandis que d'autres sont spécifiques à l'un ou l'autre des types d'établissements. Pour les CRDI-TED, les autres causes les plus fréquemment mentionnées par les intervenants et les intervenantes sont le manque de ressources à l'interne (67 %), l'absence d'un protocole d'intervention en matière de violence conjugale à l'interne (67 %) et la méconnaissance de la problématique de la violence conjugale (56 %).

**TABLEAU 50**

**Causes les plus fréquemment mentionnées par les neuf répondants et répondantes des CRDI-TED afin d'expliquer les difficultés rencontrées lors des interventions menées auprès de femmes handicapées victimes de violence conjugale**

	n	%
Manque de ressources à l'interne	6	66,7
Absence d'un protocole d'intervention en matière de violence conjugale à l'interne	6	66,7
Méconnaissance de la problématique de la violence conjugale	5	55,6
Manque d'outils d'identification de cas ou d'intervention	5	55,6
Absence d'un protocole de références à l'externe	5	55,6

Du côté des CRDP et des établissements à missions combinées, aux causes communes s'ajoutent l'attitude des victimes (67 %), l'attitude de la famille ou des proches des victimes (33 %) de même que des outils d'identification de cas ou d'intervention qui ne sont pas adaptés aux besoins et aux caractéristiques des personnes handicapées (33 %).

**TABLEAU 51**

**Causes les plus fréquemment mentionnées par les quinze répondants et répondantes des CRDP et des établissements à missions combinées afin d'expliquer les difficultés rencontrées lors des interventions menées auprès de femmes handicapées victimes de violence conjugale**

	n	%
Attitude des victimes	10	66,7
Manque d'outils d'identification de cas ou d'intervention	6	40,0
Attitude de la famille ou des proches des victimes	5	33,3
Outils d'identification de cas ou d'intervention qui ne sont pas adaptés aux besoins et aux caractéristiques des personnes handicapées	5	33,3
Absence d'un protocole de références à l'externe	4	26,7

#### 4.3.6 LES COLLABORATIONS ET LES PARTENARIATS

Deux intervenants et intervenantes affirment que le centre de réadaptation pour lequel ils travaillent est signataire d'un protocole de références en matière de violence conjugale : un CRDP et un établissement à missions combinées. Près des trois quarts des participants et des participantes à l'enquête (72 %) l'ignorent.

En outre, 21 des 101 répondants et répondantes au questionnaire ont déjà fait appel à une ressource spécialisée en matière de violence conjugale dans le cadre de leur pratique en centre de réadaptation : 10 d'entre eux sont rattachés à un CRDI-TED, 8 à un CRDP et 3 à un établissement à missions combinées. Les ressources auxquelles ils ont fait le plus souvent appel constituent les maisons d'hébergement (52 %), les centres d'aide aux victimes d'actes criminels (48 %) et les CSSS (33 %) (tableau 52).

**TABEAU 52**

**Recours aux ressources spécialisées en matière de violence conjugale par les répondants et les répondantes des centres de réadaptation**

	Oui		Non	
	n	%	n	%
Maison d'hébergement	11	52,4	10	47,6
Centre de santé et de services sociaux	7	33,3	14	66,7
Ligne S.O.S. violence conjugale	1	4,8	20	95,2
Centre d'aide aux victimes d'actes criminels	10	47,6	11	52,4
Ressource pour conjoints violents	3	14,3	18	85,7

Enfin, 3 de ces 21 intervenants et intervenantes ont rencontré des difficultés dans le cadre de leurs partenariats. Deux difficultés ont été mentionnées, soit le refus de la victime de recevoir des services dispensés par la ressource contactée et le refus d'une ressource d'accueillir la victime en raison de l'inaccessibilité de lieux.

## 4.4 GROUPES DE BASE DU MOUVEMENT D'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME DES PERSONNES HANDICAPÉES

### 4.4.1 TAUX DE RÉPONSE ET PORTRAIT DES ORGANISMES RÉPONDANTS

Rappelons tout d'abord que cette enquête est de type exploratoire. Celle-ci ne cible que quelques organismes contrairement aux trois autres enquêtes. Le questionnaire a été envoyé à 21 groupes. De ce nombre, 20 ont été identifiés par la COPHAN, à la suite de la consultation de ses membres ainsi que de l'AGIDD-SMQ et de l'AQIS, et un par l'AQRIPH. De ces 21 groupes, 12 (57 %) ont participé à l'enquête. Trois questionnaires additionnels ont été reçus et acceptés même si les répondants ne figuraient pas sur la liste fournie par la COPHAN et l'AQRIPH. Dix groupes répondants sont membres de la COPHAN, deux à la fois de la COPHAN et de l'AQRIPH, deux de l'AGIDD-SMQ, un de l'AQRIPH et aucun de l'AQIS (données non présentées).

Le tableau 53 montre la répartition régionale des organismes répondants. Les régions de l'Outaouais, de la Côte-Nord, du Nord-du-Québec, de Chaudières-Appalaches, de Laval et du Centre-du-Québec ne sont pas représentées dans le cadre de cette enquête. Mentionnons cependant que des groupes répondants couvrent certaines de ces régions, notamment Chaudière-Appalaches et le Nord-du-Québec.

**TABLEAU 53**  
**Répartition des groupes de base ayant répondu au questionnaire selon les régions administratives du Québec**

	n
Bas-Saint-Laurent	1
Saguenay–Lac-Saint-Jean	1
Capitale-Nationale	2
Mauricie	1
Estrie	1
Montréal	3
Outaouais	0
Abitibi-Témiscamingue	2
Côte-Nord	0
Nord-du-Québec	0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	1
Chaudière-Appalaches	0
Laval	0
Lanaudière	1
Laurentides	1
Montérégie	1
Centre-du-Québec	0
<b>Total</b>	<b>15</b>

Notons également qu'aucun organisme répondant n'offre de services spécifiquement aux personnes ayant une incapacité intellectuelle (tableau 54). Ce type d'incapacité est toutefois pris en compte par les groupes qui travaillent auprès de plus d'un type d'incapacité.

**TABLEAU 54**  
**Répartition des groupes de base ayant répondu au questionnaire selon les types d'incapacité des personnes qui bénéficient de leurs services**

	n
Motrice	2
Visuelle	2
Auditive	2
Liée à la parole	1
Intellectuelle	0
Liée à un trouble envahissant du développement	1
Liée à un trouble grave de santé mentale	2
Plus d'un type d'incapacité	5
<b>Total</b>	<b>15</b>

Enfin, il est important de préciser que parmi l'échantillon des groupes répondants se retrouvent deux organismes spécialisés dans l'accueil des femmes. Comme le démontreront les résultats de l'enquête, ces deux organismes accueillent un nombre plus important de femmes handicapées victimes de violence conjugale et sont davantage sensibilisés à cette problématique que les autres groupes répondants. Ainsi, pour certaines questions de l'enquête, ils ont fait l'objet d'une analyse différenciée.

#### 4.4.2 LA FORMATION DU PERSONNEL

Les 15 organismes ayant participé à l'enquête emploient 62 intervenants et intervenantes. De ce nombre, 10 (16 %) ont suivi une formation relative à la problématique de la violence conjugale. Notons que 7 d'entre eux sont à l'emploi des deux groupes spécialisés dans l'accueil des femmes.

Huit intervenantes et intervenants formés sur 10 (80 %) se sentent aptes à intervenir adéquatement auprès d'une victime de violence conjugale. Ceux et celles qui ne se sentent pas aptes affirment avoir besoin d'une formation additionnelle ou d'une mise à jour des approches et des connaissances.

En outre, près du tiers des intervenants et des intervenantes (32 %) des groupes répondants estime qu'une formation relative à la problématique de la violence conjugale est utile dans le cadre de leur travail. Des besoins de formation ont par ailleurs été identifiés. Voici quelques exemples d'éléments de contenu mentionnés :

- 
- Les signes et indices de la violence conjugale
  - Les outils d'identification de cas et d'intervention existants
  - Les méthodes d'intervention à privilégier
  - Les ressources spécialisées disponibles
- 

#### 4.4.3 LA PRÉVENTION ET LA SENSIBILISATION

Selon les informations fournies par les répondants et les répondantes, 3 des 15 organismes (20 %), dont les deux spécialisés dans l'accueil des femmes, offrent des activités de prévention ou de sensibilisation à la violence incluant un volet sur la violence conjugale. Toutes ces activités s'adressent aux personnes handicapées et à la communauté. Deux groupes les proposent également à la famille et aux proches des personnes handicapées. Elles abordent entre autres les différents types de violence, les conséquences de la violence conjugale, les ressources disponibles, les principaux indices de violence conjugale et le cycle de la violence.

Les deux groupes spécialisés dans l'accueil des femmes ainsi que deux autres groupes ont également développé des outils de sensibilisation ou d'information relatifs à la problématique de la violence conjugale. Certains de ces outils sont d'ailleurs offerts en formats adaptés, par exemple en document vidéo en langue des signes québécoise et en document vidéo sous-titré en français.

#### 4.4.4 L'IDENTIFICATION DE CAS DE VIOLENCE CONJUGALE

Parmi les organismes répondants, seuls les deux spécialisés dans l'accueil des femmes disposent d'outils d'identification de cas en matière de violence conjugale. Il s'agit essentiellement d'entrevues de dépistage et de grilles d'observation. Pourtant, la majorité des groupes (53 %) ont rencontré des cas de violence conjugale parmi les femmes qui bénéficient de leurs services. Au cours des 2 années précédant l'enquête (juin 2007 à juin 2009), 65 cas ont été identifiés par ces groupes, dont 48 (74 %) par les organismes spécialisés dans l'accueil des femmes.

D'après les informations recueillies auprès des répondants et des répondantes des groupes ayant rencontré des cas de violence conjugale, les victimes avaient surtout une incapacité motrice, auditive ou visuelle. De plus, les types de violence les plus fréquemment observés chez ces femmes étaient les agressions psychologiques (100 %), verbales (88 %), les actes de domination sur le plan économique (63 %) et les agressions physiques (50 %) (tableau 55).

**TABLEAU 55**  
Types de violence subie par les femmes handicapées victimes de violence conjugale rencontrées par les huit groupes de base répondants

	n	%
Agressions psychologiques	8	100,0
Agressions verbales	7	87,5
Agressions physiques	4	50,0
Actes de domination sur le plan économique	5	62,5
Agressions sexuelles	2	25,0
Négligence	3	37,5

Note : Les victimes ont pu subir plus d'un type de violence.

Le tableau 56 présente les actions entreprises par les intervenants et les intervenantes à la suite de l'identification d'un cas de violence conjugale chez une femme handicapée. L'ensemble des répondants et des répondantes des groupes concernés a mentionné que les intervenants et les intervenantes en ont discuté avec la victime et la moitié a souligné que le cas a été confié à une maison d'hébergement. Mentionnons également que 2 organismes (25 %) ont indiqué être demeurés impliqués pour le suivi et l'accompagnement.



TABLEAU 56

Actions entreprises par les intervenants et les intervenantes des huit groupes de base répondants à la suite de l'identification d'un cas de violence conjugale chez une femme handicapée

	n	%
<b>Ils en ont discuté avec :</b>		
La ou les victimes	8	100,0
Son représentant légal ou sa représentante légale	0	0,0
Un ou des membres de sa famille ou de ses proches	1	12,5
Autre	1	12,5
<b>Ils ont fait un signalement à :</b>		
La police	1	12,5
La direction de la protection de la jeunesse	0	0,0
Autre	1	12,5
<b>Ils ont fait une référence à :</b>		
Un centre de santé et de services sociaux	1	12,5
Une maison d'hébergement	4	50,0
Autre	1	12,5
<b>Ils ont communiqué avec la ligne S.O.S. violence conjugale</b>	1	12,5
<b>Ils n'ont pas fait de référence (ils ont piloté seuls le dossier)</b>	2	25,0
<b>Ils sont demeurés impliqués pour le suivi et l'accompagnement</b>	2	25,0
<b>Autre</b>	1	12,5

Par ailleurs, 4 groupes (50 %) ont affirmé avoir rencontré des difficultés dans le cadre des actions qu'ils ont entreprises. Les répondants et les répondantes de ces organismes ont identifié différentes causes pouvant expliquer ces difficultés. Ainsi, figurent parmi les causes les plus fréquemment mentionnées des outils d'identification de cas ou d'intervention en matière de violence conjugale qui ne sont pas adaptés aux besoins et aux caractéristiques des personnes handicapées, la méconnaissance des ressources spécialisées en matière de violence conjugale, l'inaccessibilité de ces ressources et le manque d'outils d'identification de cas ou d'intervention.

#### 4.4.5 LES COLLABORATIONS ET LES PARTENARIATS

Outre les 2 groupes spécialisés dans l'accueil des femmes, 4 organismes répondants ont déjà fait appel à une ressource spécialisée en matière de violence conjugale. Au cours des deux années précédant l'enquête (juin 2007 à juin 2009), ces 4 organismes ont fait appel à ce type de ressource à 8 reprises, comparativement à 40 pour les 2 groupes spécialisés. Précisons que ces derniers sont signataires d'un protocole de références en matière de violence conjugale, ce qui n'est pas le cas pour les autres organismes ayant participé à l'étude.

Selon les données présentées dans le tableau 57, les deux types de ressources les plus fréquemment consultées par les groupes répondants sont les maisons d'hébergement (83 %) et les CSSS (33 %). Deux de ces groupes (33 %) ont souligné avoir rencontré des difficultés dans le cadre de leurs partenariats. Les difficultés identifiées sont essentiellement reliées à des problèmes de communication ou à l'absence d'équipements spécialisés (appareil de télécommunication pour personnes sourdes ou malentendantes).

**TABLEAU 57**

**Recours aux ressources spécialisées en matière de violence conjugale par les groupes de base**

	Oui		Non	
	n	%	n	%
Maison d'hébergement	5	83,3	1	16,7
Centre de santé et de services sociaux	2	33,3	4	66,7
Ligne S.O.S. violence conjugale	1	16,7	5	83,3
Centre d'aide aux victimes d'actes criminels	1	16,7	5	83,3
Ressource pour conjoints violents	0	0,0	6	100,0



## 5. SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS

Cette section du rapport présente les principaux constats issus de cette étude. Ces constats s'appuient sur des données du cycle 18 de l'ESG de 2004 et les liens qui ont été établis entre les quatre enquêtes par questionnaire menées dans le cadre de ce projet. Ils s'articulent autour des deux premiers objectifs du projet, soit :

- Documenter la problématique de la violence conjugale envers les femmes handicapées ;
- Évaluer les besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale par le réseau de la santé et des services sociaux et les maisons d'hébergement.

Sont également présentées les recommandations formulées à la lumière des résultats des enquêtes et des discussions menées lors des rencontres des deux comités mis en place dans le cadre du projet. Ces recommandations sont par ailleurs liées au second objectif de l'étude. Enfin, quelques pistes de recherche ainsi que les limites méthodologiques complètent cette section.

### 5.1 DOCUMENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE DE LA VIOLENCE CONJUGALE ENVERS LES FEMMES HANDICAPÉES

L'état des connaissances réalisé dans le cadre de cette étude contribue à la documentation de la problématique de la violence conjugale envers les femmes handicapées. En effet, la revue de la littérature présente les réalités particulières vécues par les femmes handicapées victimes de violence conjugale de même que les facteurs de vulnérabilité et les obstacles au dévoilement propres à ces femmes.

Quant aux données du cycle 18 de l'ESG de 2004, elles permettent d'appuyer certains constats issus de la revue de la littérature. Elles confirment notamment que :

- Les femmes handicapées risquent davantage que les autres femmes d'être victimes de violence dans un contexte conjugal (tableau 4 et figure 1) ;
- Les femmes handicapées subissent des formes plus sévères de violence que les autres femmes (page 11).

Les résultats des enquêtes par questionnaire contribuent également à documenter cette problématique. Tout d'abord, des obstacles au dévoilement présentés dans la revue de la littérature sont ressortis des résultats de l'enquête réalisée dans les CSSS. Ainsi, parmi les éléments de précision soulignés par les répondants et répondantes ayant indiqué « l'attitude des victimes » comme l'une des causes des difficultés rencontrées lors des interventions qu'ils ont réalisées auprès de femmes ayant une incapacité motrice victimes de violence conjugale, on retrouve entre autres la « peur de ne pas retrouver un autre conjoint compte tenu de ses incapacités », la « peur d'être placée » et la « crainte de vivre seule étant donné ses besoins d'assistance ». En outre, l'attitude de l'entourage de la victime apparaît être un obstacle au dévoilement pour certaines femmes handicapées. En effet, des intervenants et des intervenantes des CSSS ont mentionné les éléments suivants concernant l'attitude de la famille et des proches de certaines femmes ayant une incapacité motrice ou intellectuelle victimes de violence conjugale auprès desquelles ils étaient intervenus : « minimisation de la situation », « faible soutien », « camouflage et banalisation » et « variation entre surprotection et négligence ».

Ensuite, les enquêtes par questionnaire réalisées dans le cadre de ce projet permettent d'obtenir un portrait des femmes handicapées qui bénéficient de certains services spécialisés en matière de violence conjugale. Selon les données recueillies, ce sont les femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale, intellectuelle ou motrice qui disposent le plus des services offerts à la fois par les maisons d'hébergement et les CSSS (tableaux 15 et 34). Les femmes ayant des incapacités sensorielles (auditive, visuelle ou liée à la parole) reçoivent ainsi moins de services de la part de ces ressources et de ces établissements.

Enfin, comme certains auteurs l'avancent, les femmes handicapées victimes de violence conjugale peuvent subir d'autres types de violence en lien avec leurs incapacités. Selon les données présentées dans le tableau II de l'annexe F, des répondants et des répondantes de l'ensemble des milieux d'intervention visés dans le cadre du projet ont rapporté que certaines des victimes rencontrées avaient subi de la négligence de la part de leur conjoint. Cependant, mentionnons que de manière générale, ce type de violence est souligné dans des proportions moindres que les autres types de violence subie.

## 5.2 BESOINS D'ADAPTATION DES SERVICES OFFERTS AUX FEMMES HANDICAPÉES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE

Les résultats des enquêtes par questionnaire font ressortir différents types de besoins d'adaptation des services, notamment des besoins de sensibilisation, de formation, d'adaptation physique des lieux, d'adaptation des outils et de coordination des services. Les observations présentées dans cette section ainsi que les recommandations formulées dans le cadre de ce projet s'articulent autour de ces thèmes. Notons que des exemples de pistes d'action ont été identifiés pour certaines recommandations.

### 5.2.1 SENSIBILISATION

Les enquêtes par questionnaire menées dans le cadre de cette étude font ressortir deux types de besoins de sensibilisation, soit des besoins de sensibilisation à la problématique de la violence conjugale et aux réalités vécues par les femmes handicapées.

#### 5.2.1.1 Sensibilisation à la problématique de la violence conjugale

L'enquête réalisée dans les centres de réadaptation démontre que la violence conjugale chez les femmes handicapées constitue une problématique méconnue comme l'indique la revue de la littérature. La méconnaissance de cette problématique figure d'ailleurs parmi les cinq causes les plus fréquemment mentionnées par les intervenants et les intervenantes des CRDI-TED afin d'expliquer les difficultés rencontrées lors des interventions qu'ils ont menées auprès de femmes handicapées victimes de violence conjugale. De plus, près du tiers des répondants et des répondantes des centres de réadaptation non formés en violence conjugale (29%) estiment qu'une telle formation n'est pas utile dans le cadre de leur pratique, principalement parce qu'ils affirment travailler auprès de personnes vivant rarement des relations amoureuses ou n'avoir jamais rencontré de cas de violence conjugale. Pourtant, les femmes ayant une incapacité motrice ou intellectuelle se retrouvent parmi les femmes handicapées les plus fréquemment rencontrées par le personnel d'intervention des maisons d'hébergement et des CSSS.

En outre, peu d'activités de prévention et de sensibilisation à la violence conjugale sont offertes aux personnes handicapées dans les centres de réadaptation et les groupes de base du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées. Ainsi, 5 des 23 centres de réadaptation ayant participé à l'étude (22%) offrent des activités de prévention ou de sensibilisation à la violence incluant un volet sur la violence conjugale. Du côté des groupes de base, ce sont 3 des 15 organismes répondants (20%) qui offrent de telles activités. Précisons que 2 de ces 3 organismes sont spécialisés dans l'accueil des femmes.

Ces différents constats démontrent l'importance de sensibiliser les intervenants et les intervenantes des centres de réadaptation et des groupes de base à la problématique de la violence conjugale, d'autant plus que les femmes handicapées constituent un groupe de la population particulièrement vulnérable à la violence conjugale. Cela pourrait être une piste prometteuse afin de prévenir la violence conjugale envers celles-ci.

### **5.2.1.2 Sensibilisation aux réalités particulières vécues par les femmes handicapées**

Les résultats des enquêtes menées auprès des maisons d'hébergement et des CSSS font ressortir une méconnaissance des réalités vécues par les femmes handicapées et un inconfort à l'égard de femmes ayant certains types d'incapacité. En effet, selon les données fournies par les répondantes des maisons d'hébergement, « l'attitude de ces femmes » et « l'attitude des autres personnes hébergées à l'égard de ces femmes » se retrouvent parmi les cinq causes les plus fréquemment mentionnées par les intervenantes afin d'expliquer les difficultés rencontrées lors des interventions qu'elles ont menées auprès de femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale, intellectuelle ou liée à un TED<sup>18</sup>. À ces deux causes s'ajoute, pour les femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale, « un inconfort ou un malaise personnel face à ce type d'incapacité ». Notons que ce dernier élément a également été relevé par les répondantes qui sont intervenues auprès de femmes ayant une incapacité motrice.

Du côté des CSSS, pour les trois types d'incapacité ayant fait l'objet d'analyses, soit liée à un trouble grave de santé mentale, intellectuelle et motrice, « l'attitude des victimes » représente la cause la plus fréquemment mentionnée par les intervenants et les intervenantes afin d'expliquer les difficultés rencontrées lors des interventions qu'ils ont réalisées. De plus, des éléments de précision avancés par des personnes qui sont intervenues auprès de femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale révèlent certains jugements de valeur : « personne trop désorganisée », « problèmes de santé mentale plus graves que la violence », « absence de jugement » et « difficultés communes à d'autres femmes, mais exacerbées chez celles-ci étant donné leur type d'incapacité ».

Les éléments présentés ci-dessus font ressortir une certaine méconnaissance des réalités vécues par les femmes handicapées, notamment par celles ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale. Cela démontre que des activités de sensibilisation doivent être réalisées auprès des intervenants et des intervenantes qui offrent des services aux victimes de violence conjugale.

---

<sup>18</sup> Il est à noter que, pour l'enquête menée auprès des maisons d'hébergement, les répondantes n'avaient pas la possibilité de préciser leurs réponses en ce qui a trait aux causes des difficultés rencontrées (ex. : attitude de ces femmes), contrairement aux autres enquêtes. Cette possibilité a été ajoutée en cours de projet.

Ainsi, à la lumière de ce qui précède, il est recommandé de :

---

1. **Mettre sur pied une campagne de sensibilisation à la problématique de la violence conjugale envers les femmes handicapées, accompagnée d'outils de sensibilisation et d'information offerts en formats adaptés et simplifiés**

*Exemple de piste d'action*

- Par le biais de la campagne gouvernementale de sensibilisation à la violence conjugale

2. **Promouvoir le guide intitulé *Accueillir et accompagner les femmes ayant des limitations fonctionnelles : Guide pratique à l'intention des intervenantes en maison d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale* et en assurer une large diffusion, notamment auprès des maisons d'hébergement et des CSSS**

3. **Sensibiliser les intervenants et les intervenantes des CRDI-TED, des CRDP et des groupes de base du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées à la problématique de la violence conjugale**

*Exemples de pistes d'action*

- Répertoire, faire connaître et rendre disponibles les outils de sensibilisation existants
  - Tenue d'un colloque national portant sur la problématique de la violence conjugale envers les femmes handicapées
- 

## 5.2.2 FORMATION

Les quatre enquêtes par questionnaire menées dans le cadre de ce projet font ressortir des besoins de formation pour le personnel de l'ensemble des milieux visés. Certains sont liés à la violence conjugale et d'autres à l'intervention auprès des personnes handicapées.

### 5.2.2.1 Besoins de formation liés à la violence conjugale

Peu d'intervenants et d'intervenantes des centres de réadaptation et des groupes de base du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées ont suivi de formation relative à la problématique de la violence conjugale. En effet, du côté des centres de réadaptation, moins du tiers des personnes ayant participé à l'enquête (32 %) a suivi une telle formation. En ce qui concerne les groupes de base, cette proportion est de 16 %.

C'est également le cas pour les répondantes et les répondants associés aux trois programmes spécifiques des CSSS visés dans le cadre du projet, soit déficience intellectuelle et TED, déficience physique et santé mentale. La proportion de personnes formées en violence conjugale s'élève respectivement à 53 %, 64 % et 68 %, comparativement à 78 % pour les intervenantes et intervenants rattachés aux services généraux.



Ainsi, certains besoins de formation relatifs à la violence conjugale ont été identifiés par les personnes non formées et celles qui désirent recevoir une formation additionnelle. Ces besoins sont en grande majorité d'ordre général (cycle de la violence, types et contextes de violence, processus judiciaire, etc.), liés à l'identification de cas (signes et indices de la violence, outils d'identification de cas, etc.) ou à la référence (ressources spécialisées en matière de violence conjugale, modalités de collaboration avec les ressources, etc.).

### 5.2.2.2 Besoins de formation liés à l'intervention auprès des personnes handicapées

Les besoins de formation liés à l'intervention auprès des personnes handicapées ont surtout été identifiés par les intervenantes des maisons d'hébergement et par les répondants et les répondantes des services généraux des CSSS. Des 686 intervenantes travaillant dans les 53 maisons d'hébergement répondantes, 114 (17 %) ont suivi une formation portant sur l'intervention auprès des personnes handicapées. Du côté des intervenants et des intervenantes des services généraux, cette proportion s'établit à moins du tiers (31 %).

Deux types d'incapacité figurent parmi les besoins de formation les plus fréquemment mentionnés par ces personnes, soit l'incapacité liée à un trouble grave de santé mentale et celle liée à un TED. On retrouve également les modes de communication adaptés (langue des signes québécoise, pictogrammes, langage simplifié), les réalités particulières vécues par les personnes handicapées, les techniques et les outils d'intervention de même que les ressources spécialisées disponibles.

Ainsi, en prenant en considération les besoins de formation identifiés ci-dessus, il est recommandé de :

1. **Offrir des activités de formation en matière de violence conjugale aux intervenants et aux intervenantes des CSSS (programmes spécifiques<sup>19</sup>), des CRDI-TED, des CRDP et des groupes de base du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées**

*Exemple de piste d'action*

- Répertoire, faire connaître et rendre disponibles les activités de formation existantes

2. **Développer et offrir des activités de formation portant sur l'intervention auprès des personnes handicapées aux intervenantes des maisons d'hébergement et aux intervenants et aux intervenantes des CSSS (services généraux)**

*Exemples de pistes d'action concernant les deux recommandations*

- Tenue d'un colloque national portant sur la problématique de la violence conjugale envers les femmes handicapées
- Partage d'expertise, échanges et stages interréseaux (violence conjugale versus personnes handicapées)

---

19 Trois programmes spécifiques des CSSS étaient visés dans le cadre de ce projet : déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, déficience physique et santé mentale.

### 5.2.3 ADAPTATION PHYSIQUE DES LIEUX

L'enquête par questionnaire menée dans les maisons d'hébergement fait ressortir des besoins d'adaptation physique des lieux. En effet, selon les données recueillies, 40 des 645 places (6 %) en hébergement qu'offrent les 53 maisons répondantes sont accessibles à une personne se déplaçant en fauteuil roulant manuel ou motorisé. Ensuite, moins de la moitié des maisons répondantes (43 %) dispose d'une rampe d'accès ou d'une entrée de plain-pied<sup>20</sup> à leur entrée principale. De plus, moins du tiers des 53 maisons (28 %) compte une signalisation visuelle et aucune n'a de signalisation tactile.

De façon plus générale, près de la moitié des maisons répondantes (47 %) estime que des adaptations doivent être réalisées afin de rendre leur maison accessible aux personnes handicapées. Cependant, moins du tiers d'entre elles (32 %) affirme que des travaux pour réaliser ces adaptations sont prévus au cours des deux prochaines années financières. Les principales raisons évoquées par celles qui n'ont pas prévu réaliser de travaux au cours de cette période sont le manque de moyens financiers, le peu de demandes de la part de femmes handicapées, le manque d'espace ainsi que la présence d'une maison accessible dans la région.

Ces différents constats vont dans le sens de certaines informations présentées dans l'état des connaissances. Rappelons que selon les données québécoises de 2007-2008 de l'*Enquête sur les maisons d'hébergement*, 54 % des maisons d'hébergement répondantes disent avoir au moins une entrée permettant l'accès aux personnes se déplaçant en fauteuil roulant (Statistique Canada 2009). En outre, ressortaient de l'enquête sur l'accessibilité menée auprès des maisons de transition, des maisons d'hébergement et des centres d'aide aux victimes de viol du Canada du Réseau d'action des femmes handicapées du Canada (Masuda et Ridington 1990) les deux constats suivants :

- Le problème le plus évident est celui de l'accessibilité aux maisons pour les femmes se déplaçant en fauteuil roulant.
- Le plus gros obstacle à l'accessibilité des maisons est le manque d'argent. Viennent ensuite l'espace insuffisant et le manque de temps.

Mentionnons, en terminant, que le problème de l'accessibilité des ressources spécialisées en matière de violence conjugale est également mis en évidence par les autres enquêtes par questionnaire menées dans le cadre du projet, notamment celle réalisée auprès des CSSS. L'inaccessibilité de ces ressources figure parmi les causes les plus fréquemment mentionnées par les répondants et les répondantes afin d'expliquer les difficultés rencontrées lors des interventions qu'ils ont menées auprès de femmes ayant une incapacité motrice victimes de violence conjugale.

---

20 C'est-à-dire une entrée située au même niveau que le trottoir, ne nécessitant donc pas de rampe d'accès.

En matière d'accessibilité des lieux, il est ainsi recommandé de :

1. **Produire et diffuser, auprès des CSSS, des CRDI-TED, des CRDP et des groupes de base du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées, la liste des maisons d'hébergement du Québec actuellement accessibles**
2. **Rendre accessible un nombre significatif de maisons d'hébergement dans toutes les régions du Québec**  
*Exemple de piste d'action*
  - Par la bonification du programme d'amélioration des maisons d'hébergement
3. **Promouvoir les normes de conception sans obstacles auprès des maisons d'hébergement**

#### 5.2.4 ADAPTATION DES OUTILS

Trois difficultés particulières ressortent des enquêtes par questionnaire en ce qui a trait aux outils d'identification de cas et d'intervention en matière de violence conjugale :

- Certains intervenants et intervenantes ne disposent pas de tels outils;
- D'autres en disposent, mais ne les utilisent pas;
- Ces outils ne sont pas toujours adaptés aux caractéristiques et aux besoins des femmes handicapées.

La première difficulté touche particulièrement les intervenants et les intervenantes des centres de réadaptation et des groupes de base. Des 101 répondants et répondantes des centres de réadaptation, 10 disposent d'outils d'identification de cas en matière de violence conjugale et 6 d'outils d'intervention. Pour ce qui est des groupes de base, les deux organismes spécialisés dans l'accueil des femmes constituent les seuls groupes de l'échantillon à avoir des outils d'identification de cas. Cette difficulté concerne aussi les intervenantes et les intervenants associés aux programmes spécifiques des CSSS puisqu'ils disposent, dans une proportion moindre que ceux et celles des services généraux, d'outils d'identification de cas. Le tiers des répondants et des répondantes du programme-service déficience intellectuelle et TED possède de tels outils, comparativement à 58 % pour les personnes rattachées aux services généraux.

Ensuite, bien que près de la majorité des répondants et des répondantes des CSSS (46 %) aient à leur disposition des outils d'identification de cas en matière de violence conjugale, 22 % d'entre eux ne les utilisent « jamais », 37 % affirment les utiliser « souvent » et 41 % « rarement ». Cette réalité est également observable du côté des centres de réadaptation. Des 10 intervenants et intervenantes qui disposent de tels outils, 2 les utilisent « souvent », 4 « rarement » et 4 ne les utilisent « jamais ». Les répondants et les répondantes justifient l'utilisation peu fréquente des outils d'identification de cas ou d'intervention, notamment par

le fait que ces outils ne sont pas adaptés aux caractéristiques et aux besoins des femmes handicapées. Les entrevues de dépistage, par exemple, ont été conçues pour des personnes qui ont une certaine facilité de communication et capacité de compréhension.

L'enquête réalisée auprès des maisons d'hébergement met en évidence une autre difficulté liée aux outils, soit celle de l'accès en formats adaptés des documents et des outils d'information portant sur la problématique de la violence conjugale. En effet, selon les données recueillies auprès des maisons d'hébergement, aucune des 53 maisons ayant participé à l'étude ne peut fournir sur demande de documents d'information en braille, documents vidéo en langue des signes québécoise et documents vidéo en *American Sign Language*. Quelques-unes peuvent mettre à la disposition des femmes qu'elles reçoivent les types de formats adaptés suivants : document vidéo sous-titré en anglais (1,9 %), document vidéo sous-titré en français (3,8 %) et format audio (9 %). Mentionnons que l'enquête sur l'accessibilité menée auprès des maisons de transition, des maisons d'hébergement et des centres d'aide aux victimes de viol du Canada du Réseau d'action des femmes handicapées du Canada (Masuda et Ridington 1990) avait également fait ressortir cette difficulté.

Ainsi, il est recommandé de :

1. Adapter les principaux outils d'information, d'identification de cas et d'intervention en matière de violence conjugale aux caractéristiques et aux besoins des femmes handicapées
2. Rendre disponibles les principaux outils adaptés d'information, d'identification de cas et d'intervention en matière de violence conjugale aux intervenants et aux intervenantes des CSSS (programmes spécifiques<sup>21</sup>), des CRDI-TED, des CRDP et des groupes de base du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées et les former à l'utilisation de ceux-ci

## 5.2.5 PARTENARIAT ET COORDINATION DES SERVICES

Les informations fournies par les répondants et les répondantes aux enquêtes concernant les collaborations et les partenariats mettent en lumière une méconnaissance réciproque entre les ressources spécialisées en matière de violence conjugale et celles spécialisées pour personnes handicapées. À titre d'exemple, 21 % des maisons d'hébergement ayant participé à l'étude ignorent si elles ont accès à un service d'interprétation visuelle et tactile. De plus, la méconnaissance des ressources spécialisées en matière de violence conjugale figure parmi les causes les plus fréquemment mentionnées par les groupes de base ayant rencontré des difficultés lors des actions qu'ils ont entreprises à la suite de l'identification d'un cas de violence conjugale.

21 Trois programmes spécifiques des CSSS étaient visés dans le cadre de ce projet : déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, déficience physique et santé mentale.

On note également peu de collaboration entre ces ressources. À cet égard, les deux organismes spécialisés dans l'accueil des femmes constituent les seuls groupes de base ayant participé à l'étude à être signataires d'un protocole de références en matière de violence conjugale. En outre, 6 % des répondants et des répondantes des CSSS affirment avoir déjà fait appel à un service d'interprétation visuelle et tactile, 9 % à un CRDP et 14 % à un organisme dédié aux personnes handicapées.

Enfin, certaines difficultés ont été relevées par les participants et les participantes à l'étude dans le cadre des partenariats qu'ils ont établis avec des ressources spécialisées en matière de violence conjugale ou celles spécialisées pour personnes handicapées. Ces difficultés mettent en évidence un problème de complémentarité et de coordination des services. Parmi les difficultés identifiées par les répondantes des maisons d'hébergement ainsi que les intervenants et les intervenantes des CSSS figurent les listes d'attentes et la non disponibilité ou la disponibilité limitée de certains services, comme les services d'interprétation visuelle et tactile et ceux spécialisés en santé mentale.

Le problème de complémentarité et de coordination des services ressort également des causes les plus fréquemment mentionnées par les répondantes des maisons d'hébergement afin d'expliquer les difficultés rencontrées lors des interventions qu'elles ont menées auprès de femmes ayant une incapacité motrice victimes de violence conjugale. En effet, parmi celles-ci on retrouve « le service de transport adapté » et « une offre de services externes inappropriée pour répondre aux besoins reliés à ce type d'incapacité ».

Ainsi, il est recommandé de :

---

1. Favoriser et développer la concertation locale et régionale entre les maisons d'hébergement, les CSSS, les CRDI-TED, les CRDP et les groupes de base du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées

*Exemples de pistes d'action*

- Tenue d'un colloque national portant sur la problématique de la violence conjugale envers les femmes handicapées
- Présence de représentants ou de représentantes de CRDI-TED, de CRDP et du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées aux tables régionales de concertation en violence conjugale
- Signature d'ententes de collaboration
- Création d'un réseau de répondants et de répondantes en matière de violence conjugale au sein des CRDI-TED et des CRDP

2. Assurer un meilleur arrimage entre les services liés aux déficiences et aux incapacités (soutien à domicile, adaptation et réadaptation, transport adapté, service d'interprétation visuelle et tactile, etc.) et ceux offerts par les maisons d'hébergement

*Exemples de pistes d'action*

- Ententes de complémentarité des services entre les maisons d'hébergement, les CSSS et les centres de réadaptation
  - Entente avec les organismes de transport adapté et collectif
- 

## 5.3 PISTES DE RECHERCHE

Deux principales pistes de recherche émergent de cette étude. La première est davantage liée à la documentation de la problématique de la violence conjugale envers les femmes handicapées et la seconde, aux besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale.

En premier lieu, l'état des connaissances réalisé dans le cadre de cette étude dresse un bon portrait des réalités particulières vécues par les femmes handicapées victimes de violence conjugale ainsi que des facteurs de vulnérabilité et des obstacles au dévoilement propres à ces femmes. Les résultats des enquêtes viennent par ailleurs appuyer plusieurs des informations présentées dans la revue de la littérature. Afin de compléter la documentation de cette problématique, il serait intéressant d'**identifier les difficultés rencontrées par les femmes handicapées victimes de violence conjugale**, que ce soit celles qui refusent de quitter la situation de violence, celles qui ont reçu des services ou encore celles qui se sont

vu refuser des services. Quels sont les obstacles au dévoilement de la violence subie? Les femmes qui ont eu recours à des services spécialisés ont-elles rencontré des difficultés particulières? Ces difficultés sont-elles similaires à celles rapportées et vécues par les intervenantes et les intervenants sondés dans le cadre de cette étude? Découlent-elles toutes des besoins d'adaptation des services identifiés dans ce rapport? À cet égard, une attention spéciale devrait être portée aux femmes ayant des incapacités sensorielles étant donné que selon les données recueillies, elles bénéficient moins des services offerts aux victimes de violence conjugale par les maisons d'hébergement et les CSSS. Comparativement aux autres femmes handicapées, ces femmes rencontrent-elles des obstacles distincts ou supplémentaires?

En second lieu, puisque cette évaluation porte spécifiquement sur l'adaptation des services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux et par les maisons d'hébergement aux femmes handicapées victimes de violence conjugale, il serait approprié d'aborder sous cet angle les autres services dispensés aux victimes de violence conjugale, notamment ceux offerts par le système judiciaire. Ainsi, il apparaît pertinent de **documenter l'accessibilité et les besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale au sein du système judiciaire**. Une telle étude pourrait entre autres alimenter les travaux qui seront réalisés au cours des prochaines années dans le cadre de la démarche de concertation sur l'adaptation du système judiciaire aux besoins des personnes handicapées menée par l'Office. Ces travaux visent à répondre à l'un des engagements de l'Office au premier plan global de mise en œuvre de la politique *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité* (Office 2008).

## 5.4 LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

Certaines limites méthodologiques associées au projet doivent être précisées. Tout d'abord, il est impossible de généraliser les résultats de cette étude à l'ensemble des intervenants et des intervenantes des maisons d'hébergement, des CSSS et des centres de réadaptation. Les échantillons constitués l'ont été sur une base volontaire. Du côté des groupes de base du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées, rappelons que l'enquête est de type exploratoire. Seuls quelques organismes ont été sondés et ont rempli le questionnaire.

D'autres limites méthodologiques sont liées à l'utilisation des données du cycle 18 de l'ESG de 2004. Celles-ci sont présentées à l'annexe C de ce rapport. À ces limites s'ajoute également le fait que la définition de personne handicapée utilisée dans l'ESG ne correspond pas à celle de la Loi (annexe D). En effet, l'ESG n'utilise que les questions filtres du recensement pour identifier la population avec incapacité. Or, ces questions ne réfèrent pas à la durée de l'incapacité, ce qui fait en sorte de gonfler l'échantillon en incluant une proportion appréciable de personnes ayant une incapacité temporaire (maux de dos, fractures ou autres blessures). Ces personnes, bien que vivant certaines limitations au moment de l'enquête, ne sont pas des personnes handicapées au sens de la Loi étant donné qu'elles n'ont pas d'incapacité persistante.

Enfin, les réponses des participants et des participantes aux enquêtes ont pu être influencées par un biais de désirabilité sociale, ce qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. Des répondants et des répondantes ont pu, par exemple, ne pas dévoiler certaines difficultés rencontrées lors des interventions qu'ils ont menées auprès de femmes handicapées victimes de violence conjugale. Ce type de biais peut créer une certaine distorsion de la réalité.





# RETOMBÉES ANTICIPÉES DU PROJET

Cette étude contribue à la documentation de la problématique de la violence conjugale envers les femmes handicapées et à une meilleure connaissance des besoins d'adaptation des services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux et les maisons d'hébergement aux femmes handicapées victimes de violence conjugale. Par ailleurs, elle dresse un portrait de l'accessibilité d'une grande partie des maisons d'hébergement du Québec, en plus d'identifier les causes des difficultés rencontrées par les répondants et les répondantes lors des interventions qu'ils ont menées auprès de femmes handicapées victimes de violence conjugale.

En matière d'intervention, les résultats de cette étude pourront entre autres contribuer au développement de formations adaptées aux besoins identifiés par les intervenantes et les intervenants questionnés ainsi qu'à l'adaptation des outils d'identification de cas et d'intervention existants aux caractéristiques et aux besoins des femmes handicapées. Pour leur part, les recommandations formulées dans le cadre de ce projet d'évaluation alimenteront les travaux du Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle en vue de l'élaboration du prochain plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale. Elles contribueront donc au développement d'actions structurantes à l'égard des femmes handicapées victimes de violence conjugale. Soulignons que l'Office est membre du comité conseil au Comité interministériel, sur lequel siège le MSSS.

Enfin, le comité consultatif créé dans le cadre du projet a permis aux différents milieux d'intervention visés par celui-ci de connaître davantage leurs réalités respectives. À la lumière des échanges des membres du comité et des résultats obtenus, le réseautage et la concertation des acteurs sur le terrain apparaissent comme des avenues importantes à explorer pour la mise en œuvre de la majorité des recommandations formulées dans ce rapport.



# ANNEXE A

## PRINCIPES DIRECTEURS DE LA *POLITIQUE D'INTERVENTION EN MATIÈRE DE VIOLENCE CONJUGALE : PRÉVENIR, DÉPISTER, CONTRER LA VIOLENCE CONJUGALE*

*La Politique d'intervention en matière de violence conjugale : prévenir, dépister, contrer la violence conjugale* (Québec 1995 : 30) est fondée sur les neuf principes directeurs suivants :

- La société doit refuser toute forme de violence et la dénoncer
- La société doit promouvoir le respect des personnes et de leurs différences
- L'élimination de la violence conjugale repose d'abord sur des rapports d'égalité entre les sexes
- La violence conjugale est criminelle
- La violence conjugale est un moyen choisi pour dominer une autre personne et affirmer son pouvoir sur elle
- La sécurité et la protection des femmes victimes et des enfants ont priorité en matière d'intervention
- Toute intervention auprès des victimes doit être basée sur le respect de leur autonomie et reposer sur leur capacité à reprendre le contrôle de leur vie
- Toute intervention doit tenir compte des effets de la violence conjugale sur les enfants et viser à les atténuer
- Les agresseurs sont responsables de leurs comportements violents; l'intervention doit viser à leur faire reconnaître leur responsabilité face à leur violence et à l'assumer



# ANNEXE B

## DÉFINITION DES TYPES DE VIOLENCE

Selon la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : prévenir, dépister, contrer la violence conjugale* (Québec 1995 : 23), les différents types de violence se définissent comme suit :

La **violence psychologique** consiste à dévaloriser l'autre personne; elle se traduit par des attitudes et des propos méprisants, par l'humiliation, le dénigrement, le chantage ou la négligence à son égard. Elle peut aussi prendre la forme d'un isolement imposé par l'homme qui, souvent motivé par la jalousie, interdit à sa conjointe de fréquenter telle ou telle personne ou limite ses déplacements à l'extérieur de la maison. Elle porte atteinte à l'estime de soi et à la confiance en soi, et permet au doute de s'installer dans l'esprit de la victime quant à la responsabilité de son conjoint face à la situation. Plus la femme est isolée socialement, plus elle devient vulnérable aux autres formes de violence. Dans certains cas, l'agresseur peut se servir de ses croyances d'ordre spirituel pour justifier sa domination et son pouvoir.

La **violence verbale** découle la plupart du temps de la violence psychologique; elle consiste en des sarcasmes, des insultes, des hurlements, des propos dégradants et humiliants, du chantage, des menaces ou des ordres intimés brutalement. L'intimidation verbale prépare à la violence physique, crée l'insécurité ou la peur et empêche la conjointe de se soustraire à la situation.

La **violence physique** affirme la domination de l'agresseur; elle se manifeste par des coups, des blessures de toutes sortes, allant de la bousculade, la brûlure, la morsure, la fracture, jusqu'à l'homicide. Les mauvais traitements physiques sont souvent déguisés en accidents.

La **violence sexuelle** porte atteinte à l'intégrité sexuelle de la femme qui la subit. Elle dépasse la sexualité elle-même, en ce sens qu'elle vise à dominer l'autre dans ce qu'elle a de plus intime. Il s'agit d'agressions sexuelles, de harcèlement, d'intimidation, de manipulation, de brutalité, en vue d'une relation sexuelle non consentie, etc. Certaines femmes consentent à des relations sexuelles dans l'espoir de maintenir la paix et d'éviter la violence.

La **violence économique** se caractérise par la domination exercée par l'homme qui prive sa conjointe des ressources financières et matérielles nécessaires au bon fonctionnement du foyer. Les activités économiques de la femme sont contrôlées et surveillées, de sorte qu'elle n'a pas le pouvoir de décider quoi que ce soit en cette matière, et ce, indépendamment du fait qu'elle travaille ou non à l'extérieur du foyer. Ces actes entraînent la dépendance financière.

# ANNEXE C

## LIMITES DE L'UTILISATION DES DONNÉES DE L'ENQUÊTE SOCIALE GÉNÉRALE ET DES STATISTIQUES POLICIÈRES POUR DOCUMENTER LA VIOLENCE CONJUGALE

### DONNÉES DE L'ENQUÊTE SOCIALE GÉNÉRALE

Depuis 1999, le cycle sur la victimisation de l'*Enquête sociale générale* (ESG), réalisée aux cinq ans par Statistique Canada, comprend un volet sur la violence conjugale. En 2004, l'ESG a été menée auprès d'un échantillon de 23 766 répondants (13 166 femmes et 10 600 hommes), résidant dans les 10 provinces canadiennes.

---

#### Principales limites associées à l'utilisation des données de l'ESG :

- Les enquêtes populationnelles reflètent rarement l'étendue réelle du problème de la violence conjugale (Jiwani 2000). Ces enquêtes sont basées sur les déclarations des répondantes et des répondants qui, pour différentes raisons, peuvent ne pas être disposés à révéler la violence qu'ils subissent à l'intervieweur ou à l'intervieweuse.
- Les enquêtes populationnelles reposent souvent sur des définitions étroites de la violence. Par exemple, dans le cas de l'ESG de 2004, les taux de violence conjugale ont été établis sur la base des actes de violence physique et sexuelle définis dans le Code criminel canadien. Cette définition exclut certaines formes de violence, dont la violence psychologique, et suppose aussi que « [...] si les répondants ne perçoivent pas la conduite de leur conjoint comme une conduite criminelle, ils risquent de ne pas la rapporter » (DeKeseredy et Schwarz 2005).



- L'ESG ne porte que sur les expériences de violence vécues sur une période déterminée, soit douze mois et cinq ans, et dans le contexte d'un mariage ou d'une union de fait, alors que l'*Enquête sur la violence envers les femmes* de 1993, par exemple, portait sur les expériences de violence vécues par les femmes depuis l'âge de seize ans (Jiwani 2000).
  - L'ESG inclut uniquement des personnes qui parlent français ou anglais et qui vivent dans des ménages qui ont le téléphone. Ainsi, certaines clientèles particulièrement vulnérables à la violence conjugale sont sous-représentées, voire exclues de cette enquête, notamment les femmes issues de communautés ethnoculturelles, les femmes autochtones, les femmes itinérantes et les femmes ayant une incapacité auditive ou liée à la parole.
- 

## STATISTIQUES POLICIÈRES

Les corps de police sont responsables de recueillir des renseignements standardisés à propos des événements criminels survenus sur leur territoire, qu'ils ont découverts ou qui leur ont été signalés. Ces renseignements sont principalement enregistrés dans le cadre du *Programme de déclaration uniforme de la criminalité fondé sur l'affaire*, géré par le Centre canadien de la statistique juridique, un organisme de Statistique Canada. Ils sont ensuite utilisés pour diffuser les statistiques officielles sur la criminalité. Pour le Québec, ces statistiques sont produites par le ministère de la Sécurité publique (MSP).

---

### Principales limites associées à l'utilisation des statistiques policières :

- Une minorité des crimes commis dans un contexte conjugal est déclarée aux autorités policières (MSP 2008 : 13). Selon l'ESG de 2004, seulement 28 % des personnes ayant déclaré avoir subi de la violence dans un contexte conjugal auraient signalé l'incident à la police (Mihorean 2005 : 26). Celles qui ne l'ont pas signalé ont mentionné vouloir taire cette violence, régler l'incident d'une autre façon, considéraient que c'était une affaire personnelle ou que cette situation ne concernait pas la police.
  - Le signalement à la police ne se fait pas de façon uniforme, certaines victimes étant plus susceptibles de signaler la violence que d'autres (MSP 2008 : 14). En effet, les victimes des infractions les plus graves feraient davantage appel aux autorités policières que les victimes d'infractions moins graves (Mihorean 2006 : 23). D'autres facteurs auraient aussi un effet sur le taux de déclaration à la police, notamment le fait d'être une femme, de ne plus vivre avec le partenaire violent, d'avoir vécu plusieurs incidents de violence et d'avoir des enfants exposés à la violence (Mihorean 2006 : 22-24).
  - Les infractions contre la personne sont les seules à pouvoir être utilisées pour dresser le portrait de la criminalité commise dans un contexte conjugal même si d'autres infractions, tels des vols, des fraudes ou des méfaits, qui sont des crimes contre la propriété, peuvent aussi être perpétrées dans un tel contexte (MSP 2008 : 15).
-

# ANNEXE D

## DÉFINITION DE PERSONNE HANDICAPÉE : QUELQUES NOTIONS IMPORTANTES

---

En vertu de l'article 1, paragraphe g, de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, une personne handicapée est :

« Toute personne ayant une **déficience** entraînant une **incapacité significative et persistante** et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes ».

Cette incapacité peut être motrice, intellectuelle, liée à la parole, visuelle, auditive ou associée à d'autres sens. Elle peut être reliée à des fonctions organiques ou, encore, liée à un trouble envahissant du développement ou à un trouble grave de santé mentale.

---

Une **déficience** se définit essentiellement par l'atteinte à l'intégrité d'un système organique (système nerveux, système respiratoire).

Une **incapacité** est une réduction de la capacité d'une personne à fonctionner sur le plan intellectuel, psychologique, physiologique ou anatomique d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain. On parle donc, par exemple, de la réduction de la capacité d'une personne à voir, à entendre, à parler, à marcher, à comprendre, à mémoriser, etc.

Une incapacité est **significative** lorsqu'elle présente un certain degré de sévérité ou de gravité. Elle réduit de façon appréciable la capacité d'une personne à fonctionner. Une incapacité

n'est pas significative s'il est possible de restaurer à un niveau normal les capacités de la personne par l'utilisation d'une prothèse (lunettes, prothèse auditive) ou d'une orthèse (semelle ou chaussure orthopédique).

Une incapacité **persistante** en est une dont on ne peut prévoir la disparition. À l'inverse, une incapacité qui survient à la suite d'une maladie ou d'une blessure dont les effets devraient disparaître de manière définitive grâce à un traitement ou au passage du temps n'est pas considérée comme étant persistante. À noter qu'une incapacité peut avoir un caractère épisodique et être persistante. La fréquence et la durée des épisodes se rapportent plutôt au caractère significatif de l'incapacité.

En matière de **santé mentale**, les **troubles graves** sont liés à des incapacités significatives qui peuvent affecter, notamment, les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la production d'un travail.

# ANNEXE E

## EXEMPLE DE QUESTIONNAIRE



---

Évaluation des besoins d'adaptation  
des services offerts aux femmes handicapées  
victimes de violence conjugale

---

Questionnaire destiné aux directrices et aux intervenantes  
des maisons d'hébergement

Février 2009

## INTRODUCTION AU QUESTIONNAIRE

L'Office des personnes handicapées du Québec, en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, mène actuellement le projet *Évaluation des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale*. Ce projet a pour objectifs de :

1. Documenter la problématique de la violence conjugale envers les femmes handicapées;
2. Décrire les services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale par le réseau de la santé et des services sociaux et par les maisons d'hébergement;
3. Évaluer les besoins d'adaptation de ces services;
4. Formuler des recommandations visant la prévention de la violence conjugale auprès des femmes handicapées ainsi que l'adaptation des services aux réalités particulières vécues par celles-ci.

Afin de répondre aux objectifs deux et trois du projet, une enquête par questionnaire vise actuellement quatre milieux d'intervention, soit les maisons d'hébergement, les centres de santé et de services sociaux, les centres de réadaptation en déficience physique et les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement.

Cette enquête devrait contribuer à une meilleure connaissance des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale par le réseau de la santé et des services sociaux et les maisons d'hébergement ainsi que des difficultés rencontrées par les intervenants et les intervenantes de ces milieux. Elle pourra également contribuer au développement d'outils d'intervention adaptés aux caractéristiques et aux besoins des femmes handicapées et au développement de formations adaptées aux besoins identifiés par les intervenants et les intervenantes questionnés.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à ce questionnaire et du temps que vous consacrerez à y répondre. Vous êtes des acteurs privilégiés dans l'intervention en matière de violence conjugale au Québec. Votre collaboration à ce projet est essentielle à la bonne réalisation de celui-ci.

Merci!

Émilie Larochelle  
Responsable du projet  
Conseillère à l'évaluation et à la recherche  
Service de l'évaluation de l'intégration sociale et de la recherche  
Office des personnes handicapées du Québec

## CONSIGNES AFIN DE RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE

1. Afin de faciliter la compilation des données, il serait préférable de répondre au questionnaire directement à l'ordinateur. Pour ce faire, enregistrez le fichier dans un de vos répertoires. Une fois le questionnaire dûment rempli, enregistrez vos réponses. Faites-nous ensuite parvenir votre questionnaire sauvegardé à l'adresse courriel suivante : **emilie.larochelle@ophq.gouv.qc.ca**.

Si toutefois vous êtes dans l'impossibilité d'y répondre sur support informatique, veuillez nous faire parvenir votre copie papier dûment remplie à l'adresse postale qui suit :

Office des personnes handicapées du Québec  
Service de l'évaluation de l'intégration sociale et de la recherche  
a/s de Madame Émilie Larochelle  
309, rue Brock  
Drummondville (Québec) J2B 1C5

2. Vous aurez besoin d'environ 40 minutes pour répondre à ce questionnaire.
3. Il est très important de répondre à toutes les questions.
4. À moins d'un avis contraire, inscrivez une seule réponse pour chaque question.
5. Les sections F et G du questionnaire nécessitent la collaboration de toutes les intervenantes actuellement en poste.
6. Au moment de répondre au questionnaire, vous aurez deux annexes à consulter, lesquelles nous vous suggérons d'imprimer et de conserver. Elles pourront vous être utiles lors de vos interventions futures auprès de femmes handicapées victimes de violence conjugale.
7. Toutes les informations recueillies seront traitées de manière entièrement confidentielle. De plus, seuls des résultats sous forme agrégée seront diffusés de sorte qu'aucun établissement ne puisse être identifié.
8. Ce questionnaire respecte les principes inscrits dans la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Une attestation de conformité aux normes de l'éthique et de la protection des renseignements personnels est, par ailleurs, jointe à cet envoi.





ÉVALUATION DES BESOINS D'ADAPTATION DES SERVICES OFFERTS  
AUX FEMMES HANDICAPÉES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE

AVANT DE RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE, VEUILLEZ CONSULTER L'ANNEXE A

SECTION A : « PORTRAIT DE LA MAISON D'HÉBERGEMENT »

1. Quel est le nom de la maison d'hébergement que vous dirigez?

---

2. Dans quelle région administrative du Québec se situe-t-elle?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Bas-Saint-Laurent       | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub> Nord-du-Québec                |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Saguenay–Lac-Saint-Jean | <input type="checkbox"/> <sub>11</sub> Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Capitale-Nationale      | <input type="checkbox"/> <sub>12</sub> Chaudière-Appalaches          |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Mauricie                | <input type="checkbox"/> <sub>13</sub> Laval                         |
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Estrie                  | <input type="checkbox"/> <sub>14</sub> Lanaudière                    |
| <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Montréal                | <input type="checkbox"/> <sub>15</sub> Laurentides                   |
| <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Outaouais               | <input type="checkbox"/> <sub>16</sub> Montérégie                    |
| <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Abitibi-Témiscamingue   | <input type="checkbox"/> <sub>17</sub> Centre-du-Québec              |
| <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Côte-Nord               |  |

3. Cette maison est :

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Membre du Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Membre de la Fédération de ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec                   |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Indépendante  |

4. Depuis combien d'années existe-t-elle?

---

5. Combien de places financées y sont disponibles?

---

6. Combien d'intervenantes y travaillent actuellement?

---

7. Parmi ces intervenantes, y a-t-il une ou des femmes handicapées?

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui                                      |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (passez à la question 10)            |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas (passez à la question 10) |

8. Combien?

\_\_\_\_\_

9. Quel ou quels types d'incapacité ont-elles (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Incapacité motrice	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Incapacité liée à la parole
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Incapacité auditive	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Autre (précisez) :
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Incapacité visuelle	

10. La maison d'hébergement que vous dirigez compte-t-elle des points de service externes?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (passez à la section B)
---	---

11. Combien?

\_\_\_\_\_

SECTION B : « SERVICES »

1. Dans la maison d'hébergement que vous dirigez, quels services sont offerts aux femmes victimes de violence conjugale (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Accueil/évaluation	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Information (ex. : logement, processus judiciaire, etc.)
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Écoute téléphonique	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Accompagnement (ex. : dans les démarches médicales, judiciaires, etc.)
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Référence	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Suivi post-hébergement
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Hébergement	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Suivi individualisé
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Soutien psychosocial	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Suivi de groupe
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Suivi individualisé	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Autre (précisez) :
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Consultation externe (individualisée)	
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Suivi de groupe	
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Consultation externe (de groupe)	

AVANT DE RÉPONDRE À LA QUESTION SUIVANTE, VEUILLEZ CONSULTER L'ANNEXE B

2. Dans la maison d'hébergement que vous dirigez, les services suivants (mentionnés aux questions 2.1 à 2.9) sont-ils adaptés aux femmes handicapées, quel que soit leur type d'incapacité?

2.1 Accueil/évaluation

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui (passez à la question 2.2)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Ne s'applique pas (passez à la question 2.2)
--	---	--

2.1.1 Pour quel ou quels types d'incapacité ce service n'est-il pas adapté (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Incapacité motrice	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Incapacité visuelle
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Incapacité auditive	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Incapacité liée à la parole
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement	
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale	

2.1.2 Pourquoi ce service n'est-il pas adapté à ce ou ces types d'incapacité?

--------------

## 2.2 Écoute téléphonique

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui (passez à la question 2.3)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Ne s'applique pas (passez à la question 2.3)
--	---	--

2.2.1 Pour quel ou quels types d'incapacité ce service n'est-il pas adapté (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Incapacité motrice	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Incapacité visuelle
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Incapacité auditive	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Incapacité liée à la parole
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement	
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale	

2.2.2 Pourquoi ce service n'est-il pas adapté à ce ou ces types d'incapacité?

--------------

## 2.3 Référence

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui (passez à la question 2.4)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Ne s'applique pas (passez à la question 2.4)
--	---	--

2.3.1 Pour quel ou quels types d'incapacité ce service n'est-il pas adapté (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Incapacité motrice	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Incapacité visuelle
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Incapacité auditive	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Incapacité liée à la parole
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement	
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale	

2.3.2 Pourquoi ce service n'est-il pas adapté à ce ou ces types d'incapacité?

--------------

## 2.4 Hébergement

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui (passez à la question 2.5)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Ne s'applique pas (passez à la question 2.5)
--	---	--

2.4.1 Pour quel ou quels types d'incapacité ce service n'est-il pas adapté (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Incapacité motrice	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Incapacité visuelle
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Incapacité auditive	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Incapacité liée à la parole
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement	
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale	

2.4.2 Pourquoi ce service n'est-il pas adapté à ce ou ces types d'incapacité?

--------------

## 2.5 Soutien psychosocial

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui (passez à la question 2.6)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Ne s'applique pas (passez à la question 2.6)
--	---	--

2.5.1 Pour quel ou quels types d'incapacité ce service n'est-il pas adapté (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Incapacité motrice	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Incapacité visuelle
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Incapacité auditive	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Incapacité liée à la parole
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement	
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale	

2.5.2 Pourquoi ce service n'est-il pas adapté à ce ou ces types d'incapacité?

--------------

## 2.6 Information

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui (passez à la question 2.7)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Ne s'applique pas (passez à la question 2.7)
--	---	--

2.6.1 Pour quel ou quels types d'incapacité ce service n'est-il pas adapté (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Incapacité motrice	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Incapacité visuelle
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Incapacité auditive	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Incapacité liée à la parole
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement	
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale	

2.6.2 Pourquoi ce service n'est-il pas adapté à ce ou ces types d'incapacité?

--------------

## 2.7 Accompagnement

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui (passez à la question 2.8)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Ne s'applique pas (passez à la question 2.8)
--	---	--

2.7.1 Pour quel ou quels types d'incapacité ce service n'est-il pas adapté (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Incapacité motrice	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Incapacité visuelle
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Incapacité auditive	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Incapacité liée à la parole
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement	
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale	

2.7.2 Pourquoi ce service n'est-il pas adapté à ce ou ces types d'incapacité?

## 2.8 Suivi post-hébergement

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui (passez à la question 2.9)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Ne s'applique pas (passez à la question 2.9)
--	---	--

2.8.1 Pour quel ou quels types d'incapacité ce service n'est-il pas adapté (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Incapacité motrice	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Incapacité visuelle
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Incapacité auditive	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Incapacité liée à la parole
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement	
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale	

2.8.2 Pourquoi ce service n'est-il pas adapté à ce ou ces types d'incapacité?

2.9 Les autres services mentionnés à la question 1 de la section B sont-ils tous adaptés aux femmes handicapées, quel que soit leur type d'incapacité?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui (passez à la section C)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Ne s'applique pas (passez à la section C)
---	---	---

2.9.1 Lequel ou lesquels ne sont pas adaptés aux femmes handicapées?

2.9.2 Pour quel ou quels types d'incapacité ce ou ces services ne sont-ils pas adaptés (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Incapacité motrice	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Incapacité visuelle
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Incapacité auditive	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Incapacité liée à la parole
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement	
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale	

2.9.3 Pourquoi ce ou ces services ne sont pas adaptés à ce ou ces types d'incapacité?

SECTION C : « SERVICE D'HÉBERGEMENT »

1. Au cours de l'année financière 2007-2008 et de la période allant du 1<sup>er</sup> avril au 31 décembre 2008, combien de femmes victimes de violence conjugale et d'enfants ont eu recours au service d'hébergement offert par la maison d'hébergement que vous dirigez (estimez un nombre si aucune donnée officielle n'est disponible pour ces deux périodes)?

	2007-2008	1 <sup>er</sup> avril au 31 décembre 2008
Femmes		
Enfants		

2. Au cours de ces deux périodes, combien de femmes handicapées victimes de violence conjugale et d'enfants handicapés ont eu recours au service d'hébergement offert par la maison d'hébergement que vous dirigez (estimez un nombre si aucune donnée officielle n'est disponible)?

	2007-2008	1 <sup>er</sup> avril au 31 décembre 2008
Femmes handicapées		
Enfants handicapés		

3. Quel ou quels types d'incapacité avaient ces femmes (vous pouvez cocher plus d'un choix)? Pour chaque type d'incapacité coché, indiquez le nombre de femmes ayant ce type d'incapacité qui ont eu recours au service d'hébergement au cours de ces deux périodes.

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Incapacité motrice (Combien?) : _____
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Incapacité auditive (Combien?) : _____
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement (Combien?) : _____
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale (Combien?) : _____
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Incapacité visuelle (Combien?) : _____
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Incapacité liée à la parole (Combien?) : _____

4. Quel ou quels types d'incapacité avaient ces enfants (vous pouvez cocher plus d'un choix)? Pour chaque type d'incapacité coché, indiquez le nombre d'enfants ayant ce type d'incapacité qui ont eu recours au service d'hébergement au cours de ces deux périodes.

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Incapacité motrice (Combien?) : _____
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Incapacité auditive (Combien?) : _____
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement (Combien?) : _____
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale (Combien?) : _____
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Incapacité visuelle (Combien?) : _____
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Incapacité liée à la parole (Combien?) : _____

5. La maison d'hébergement que vous dirigez a-t-elle déjà dû refuser d'héberger des femmes handicapées ou des enfants handicapés?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui (Combien de fois depuis le 1 <sup>er</sup> avril 2007?) : _____
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (passez à la section D)
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas (passez à la section D)

6. Quel ou quels types d'incapacité avaient ces femmes ou ces enfants (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Incapacité motrice	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Incapacité visuelle
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Incapacité auditive	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Incapacité liée à la parole
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement	
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale	

7. Pour quelle ou quelles raisons le service d'hébergement leur a-t-il été refusé?

--

SECTION D : « ACCESSIBILITÉ DES LIEUX »

1. L'entrée principale de la maison d'hébergement que vous dirigez compte-t-elle une rampe d'accès ou une entrée de plain-pied<sup>1</sup>?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non
---	---

2. Une personne se déplaçant en fauteuil roulant manuel ou motorisé peut-elle se déplacer de manière autonome et sécuritaire à l'intérieur de la maison (ex. : portes et corridors de largeur suffisante, présence de rampes aux endroits où il y a des marches, etc.)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas
---	---	--

3. Combien de places financées de la maison sont actuellement accessibles à une personne se déplaçant en fauteuil roulant manuel ou motorisé (porte de largeur suffisante, présence d'une rampe ou d'un ascenseur menant aux chambres situées aux étages supérieurs, etc.)?

4. La maison d'hébergement que vous dirigez compte-t-elle au moins une salle de toilette accessible par étage (espace de manœuvre suffisant, présence d'une barre d'appui, porte de largeur suffisante, etc.)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non
---	---

5. Une personne se déplaçant en fauteuil roulant manuel ou motorisé a-t-elle facilement accès aux aires communes (ex. : cuisine, salon, salle de réunion)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non
---	---

6. La maison d'hébergement que vous dirigez compte-t-elle une signalisation visuelle (pictogrammes pour indiquer les salles de bain, l'ascenseur, les sorties d'urgence, etc.)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non
---	---

<sup>1</sup> C'est-à-dire une entrée située au même niveau que le trottoir, ne nécessitant donc pas de rampe d'accès.



7. La maison d'hébergement que vous dirigez compte-t-elle une signalisation tactile (faisant appel, notamment, à des pictogrammes en relief ou à du braille)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non
---	---

8. La maison d'hébergement que vous dirigez a-t-elle déjà été dans l'obligation de référer une femme handicapée victime de violence conjugale ou un enfant handicapé à une autre ressource en raison de l'inaccessibilité des lieux?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui (Combien de fois depuis le 1 <sup>er</sup> avril 2007?): _____
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas

9. Considérant les questions précédentes et les informations présentées à l'annexe B du questionnaire, croyez-vous que la maison que vous dirigez est accessible aux personnes handicapées?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Entièrement	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Partiellement	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Pas du tout
---	---	---

10. Des travaux en vue d'améliorer l'accessibilité de la maison aux personnes handicapées ont-ils été réalisés par le passé?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui (Lesquels?):
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas

11. Des adaptations doivent-elles être réalisées afin de rendre la maison accessible aux personnes handicapées?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui (Lesquelles?):
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (passez à la question 13)
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas (passez à la question 13)

12. Des travaux pour réaliser ces adaptations sont-ils prévus au cours des deux prochaines années financières (2009-2010 et 2010-2011)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui (Lesquels?):
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (Pourquoi?):
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas

13. Les points de service rattachés à la maison d'hébergement que vous dirigez sont-ils tous accessibles aux personnes handicapées, quel que soit leur type d'incapacité?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (Combien sont accessibles?) : _____
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Ne s'applique pas

SECTION E : « ACCÈS AUX DOCUMENTS »

1. Les principaux documents d'information offerts par la maison d'hébergement que vous dirigez sont-ils disponibles sur demande :

1.1 En braille<sup>2</sup>?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas
---	---	--

1.2 En document vidéo en langue des signes québécoise (LSQ)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas
---	---	--

1.3 En document vidéo en *American Sign Language* (ASL)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas
---	---	--

1.4 En document vidéo sous-titré en français?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas
---	---	--

1.5 En document vidéo sous-titré en anglais?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas
---	---	--

1.6 En support informatique (format texte : .doc, .txt, etc.)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas
---	---	--

1.7 En format audio?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas
---	---	--

1.8 En gros caractères d'imprimerie<sup>3</sup>?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas
---	---	--

1.9 En langage simplifié<sup>4</sup>?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas
---	---	--

<sup>2</sup> Le braille est un moyen d'accès à l'écriture et à la lecture pour les personnes ayant des incapacités visuelles importantes.

<sup>3</sup> Modification de la taille du caractère selon la grandeur du point requis, soit de 16, 22 ou 26, et redistribution du texte en conséquence.

<sup>4</sup> Le langage simplifié consiste à vulgariser le contenu d'un document écrit destiné à une clientèle pouvant avoir des difficultés à comprendre les subtilités d'un texte.



**BLOC 2 : « INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES HANDICAPÉES »**

1. Combien d'intervenantes, actuellement en poste, ont suivi une formation portant sur l'intervention auprès des personnes handicapées?

(si vous avez inscrit 0 [zéro], passez à la question 4)

2. Dans quel ou quels contextes ont-elles suivi cette formation (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

- <sub>1</sub> Dans le cadre de la formation continue (formation reliée à leur ordre professionnel ou à leur association professionnelle) (précisez l'ordre ou l'association) :
- <sub>2</sub> En cours d'emploi (formation offerte par leur employeur) (Quel était l'organisme formateur?) :
- <sub>3</sub> Lors de leur formation initiale (précisez le domaine d'études) :
- <sub>4</sub> Autre (ex. : par intérêt personnel) (précisez) :

3. Lors de cette formation, quels types d'incapacité étaient abordés (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

- <sub>1</sub> Incapacité motrice
- <sub>2</sub> Incapacité auditive
- <sub>3</sub> Incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement
- <sub>4</sub> Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale
- <sub>5</sub> Incapacité visuelle
- <sub>6</sub> Incapacité liée à la parole

4. Combien d'intervenantes, actuellement en poste, pensent qu'une formation portant sur l'intervention auprès des personnes handicapées est utile dans le cadre de leur pratique en maison d'hébergement?

(si vous avez inscrit 0 [zéro], passez à la section G)

5. Quels sont les besoins des intervenantes qui jugent une telle formation utile?

SECTION G : « INTERVENTION »

\*CETTE SECTION NÉCESSITE LA COLLABORATION DE TOUTES LES INTERVENANTES ACTUELLEMENT EN POSTE\*

1. En matière de violence conjugale, à quelle fréquence, au cours des deux dernières années financières (depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007 ou, *grosso modo*, au cours des deux dernières années), les intervenantes de la maison sont intervenues auprès des clientèles suivantes?

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
1. Femmes ayant une incapacité motrice	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
2. Femmes ayant une incapacité auditive	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
3. Femmes ayant une incapacité visuelle	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
4. Femmes ayant une incapacité liée à la parole	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
5. Femmes ayant une incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
6. Femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

BLOC 1 : « INCAPACITÉ MOTRICE »

1. Au cours des deux dernières années financières (depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007 ou, *grosso modo*, au cours des deux dernières années), combien d'intervenantes, actuellement en poste, sont intervenues auprès de femmes ayant une incapacité motrice victimes de violence conjugale dans le cadre de leur pratique au sein de cette maison d'hébergement?

(si vous avez inscrit 0 [zéro], passez au bloc 2)

\*LES QUESTIONS SUIVANTES (2 À 7) NE S'ADRESSENT QU'AUX INTERVENANTES QUI SONT INTERVENUES AUPRÈS DE CETTE CLIENTÈLE\*

2. De quel ou quels types de violence ces femmes ont-elles été victimes de la part de leur conjoint (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Des agressions psychologiques
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Des agressions verbales
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Des agressions physiques
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Des actes de domination sur le plan économique
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Des agressions sexuelles
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> De la négligence <sup>5</sup>

3. Lors de vos interventions auprès de femmes ayant une incapacité motrice victimes de violence conjugale, avez-vous rencontré des difficultés?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (passez au bloc 2)
---	--

<sup>5</sup> Privation volontaire active ou passive de la part de toute personne qui ne répond pas aux besoins de la personne dont elle a la responsabilité des soins.

4. Quelles sont ces difficultés?

5. Parmi ces difficultés, y en a-t-il qui sont liées à leur incapacité?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (passez au bloc 2)
---	--

6. Quelles sont les causes de ces difficultés (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<sub>1</sub> Un manque de connaissances à l'égard de ce type d'incapacité

<sub>2</sub> Une méconnaissance des ressources dédiées aux personnes handicapées

<sub>3</sub> Un manque d'expérience en ce qui a trait à l'intervention auprès de personnes ayant ce type d'incapacité

<sub>4</sub> Un inconfort ou un malaise personnel face à ce type d'incapacité

<sub>5</sub> Un ou des outils d'intervention inadaptés à ce type d'incapacité

<sub>6</sub> L'inaccessibilité des lieux

<sub>7</sub> Le service de transport (ex. : manque de flexibilité, service non adapté, etc.)

<sub>8</sub> Une offre de services externes inappropriée pour répondre aux besoins reliés à ce type d'incapacité (ex. : services de soutien à domicile, service d'interprétation visuelle et tactile, etc.) (précisez) :

<sub>9</sub> L'attitude de ces femmes

<sub>10</sub> L'attitude de la famille ou des proches de ces femmes

<sub>11</sub> L'attitude des autres personnes hébergées à l'égard de ces femmes

<sub>12</sub> L'attitude des autres membres du personnel de la maison à l'égard de ces femmes

<sub>13</sub> Autre (précisez) :

7. Qu'avez-vous fait pour surmonter ces difficultés?

8. Si vous aviez à intervenir aujourd'hui auprès d'une femme ayant une incapacité motrice victime de violence conjugale, rencontreriez-vous ces mêmes difficultés?

- <sub>1</sub> Oui  
<sub>2</sub> Non (Pourquoi?) :  
  
<sub>3</sub> Je ne sais pas

BLOC 2 : « INCAPACITÉ AUDITIVE »

1. Au cours des deux dernières années financières (depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007 ou, *grosso modo*, au cours des deux dernières années), combien d'intervenantes, actuellement en poste, sont intervenues auprès de femmes ayant une incapacité auditive victimes de violence conjugale dans le cadre de leur pratique au sein de cette maison d'hébergement?

\_\_\_\_\_ (si vous avez inscrit 0 [zéro], passez au bloc 3)

**\*LES QUESTIONS SUIVANTES (2 À 7) NE S'ADRESSENT QU'AUX INTERVENANTES QUI SONT INTERVENUES AUPRÈS DE CETTE CLIENTÈLE\***

2. De quel ou quels types de violence ces femmes ont-elles été victimes de la part de leur conjoint (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

- <sub>1</sub> Des agressions psychologiques  
<sub>2</sub> Des agressions verbales  
<sub>3</sub> Des agressions physiques  
<sub>4</sub> Des actes de domination sur le plan économique  
<sub>5</sub> Des agressions sexuelles  
<sub>6</sub> De la négligence<sup>6</sup>

3. Lors de vos interventions auprès de femmes ayant une incapacité auditive victimes de violence conjugale, avez-vous rencontré des difficultés?

- <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non (passez au bloc 3)

4. Quelles sont ces difficultés?

<sup>6</sup> Privation volontaire active ou passive de la part de toute personne qui ne répond pas aux besoins de la personne dont elle a la responsabilité des soins.

5. Parmi ces difficultés, y en a-t-il qui sont liées à leur incapacité?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (passez au bloc 3)
---	--

6. Quelles sont les causes de ces difficultés (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Un manque de connaissances à l'égard de ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Une méconnaissance des ressources dédiées aux personnes handicapées
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Un manque d'expérience en ce qui a trait à l'intervention auprès de personnes ayant ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Un inconfort ou un malaise personnel face à ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Un ou des outils d'intervention inadaptés à ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> L'inaccessibilité des lieux
<input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Le service de transport (ex. : manque de flexibilité, service non adapté, etc.)
<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Une offre de services externes inappropriée pour répondre aux besoins reliés à ce type d'incapacité (ex. : services de soutien à domicile, service d'interprétation visuelle et tactile, etc.) (précisez) :
<input type="checkbox"/> <sub>9</sub> L'attitude de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>10</sub> L'attitude de la famille ou des proches de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>11</sub> L'attitude des autres personnes hébergées à l'égard de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>12</sub> L'attitude des autres membres du personnel de la maison à l'égard de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>13</sub> Autre (précisez) :

7. Qu'avez-vous fait pour surmonter ces difficultés?

--

8. Si vous aviez à intervenir aujourd'hui auprès d'une femme ayant une incapacité auditive victime de violence conjugale, rencontreriez-vous ces mêmes difficultés?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (Pourquoi?) :
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas



BLOC 3 : « INCAPACITÉ VISUELLE »

1. Au cours des deux dernières années financières (depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007 ou, *grosso modo*, au cours des deux dernières années), combien d'intervenantes, actuellement en poste, sont intervenues auprès de femmes ayant une incapacité visuelle victimes de violence conjugale dans le cadre de leur pratique au sein de cette maison d'hébergement?

(si vous avez inscrit 0 [zéro], passez au bloc 4)

**\*LES QUESTIONS SUIVANTES (2 À 7) NE S'ADRESSENT QU'AUX INTERVENANTES QUI SONT INTERVENUES AUPRÈS DE CETTE CLIENTÈLE\***

2. De quel ou quels types de violence ces femmes ont-elles été victimes de la part de leur conjoint (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Des agressions psychologiques
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Des agressions verbales
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Des agressions physiques
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Des actes de domination sur le plan économique
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Des agressions sexuelles
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> De la négligence <sup>7</sup>

3. Lors de vos interventions auprès de femmes ayant une incapacité visuelle victimes de violence conjugale, avez-vous rencontré des difficultés?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (passez au bloc 4)
---	--

4. Quelles sont ces difficultés?

--

5. Parmi ces difficultés, y en a-t-il qui sont liées à leur incapacité?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (passez au bloc 4)
---	--

<sup>7</sup> Privation volontaire active ou passive de la part de toute personne qui ne répond pas aux besoins de la personne dont elle a la responsabilité des soins.

6. Quelles sont les causes de ces difficultés (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Un manque de connaissances à l'égard de ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Une méconnaissance des ressources dédiées aux personnes handicapées
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Un manque d'expérience en ce qui a trait à l'intervention auprès de personnes ayant ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Un inconfort ou un malaise personnel face à ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Un ou des outils d'intervention inadaptés à ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> L'inaccessibilité des lieux
<input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Le service de transport (ex. : manque de flexibilité, service non adapté, etc.)
<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Une offre de services externes inappropriée pour répondre aux besoins reliés à ce type d'incapacité (ex. : services de soutien à domicile, service d'interprétation visuelle et tactile, etc.) (précisez) :
<input type="checkbox"/> <sub>9</sub> L'attitude de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>10</sub> L'attitude de la famille ou des proches de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>11</sub> L'attitude des autres personnes hébergées à l'égard de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>12</sub> L'attitude des autres membres du personnel de la maison à l'égard de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>13</sub> Autre (précisez) :

7. Qu'avez-vous fait pour surmonter ces difficultés?

--

8. Si vous aviez à intervenir aujourd'hui auprès d'une femme ayant une incapacité visuelle victime de violence conjugale, rencontreriez-vous ces mêmes difficultés?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (Pourquoi?) :
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas

BLOC 4 : « INCAPACITÉ LIÉE À LA PAROLE »

1. Au cours des deux dernières années financières (depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007 ou, *grosso modo*, au cours des deux dernières années), combien d'intervenantes, actuellement en poste, sont intervenues auprès de femmes ayant une incapacité liée à la parole victimes de violence conjugale dans le cadre de leur pratique au sein de cette maison d'hébergement?

\_\_\_\_\_ (si vous avez inscrit 0 [zéro], passez au bloc 5)

**\*LES QUESTIONS SUIVANTES (2 À 7) NE S'ADRESSENT QU'AUX INTERVENANTES QUI SONT INTERVENUES  
AUPRÈS DE CETTE CLIENTÈLE\***

2. De quel ou quels types de violence ces femmes ont-elles été victimes de la part de leur conjoint (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Des agressions psychologiques
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Des agressions verbales
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Des agressions physiques
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Des actes de domination sur le plan économique
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Des agressions sexuelles
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> De la négligence <sup>8</sup>

3. Lors de vos interventions auprès de femmes ayant une incapacité liée à la parole victimes de violence conjugale, avez-vous rencontré des difficultés?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (passez au bloc 5)
---	--

4. Quelles sont ces difficultés?

--

5. Parmi ces difficultés, y en a-t-il qui sont liées à leur incapacité?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (passez au bloc 5)
---	--

---

<sup>8</sup> Privation volontaire active ou passive de la part de toute personne qui ne répond pas aux besoins de la personne dont elle a la responsabilité des soins.

6. Quelles sont les causes de ces difficultés (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Un manque de connaissances à l'égard de ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Une méconnaissance des ressources dédiées aux personnes handicapées
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Un manque d'expérience en ce qui a trait à l'intervention auprès de personnes ayant ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Un inconfort ou un malaise personnel face à ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Un ou des outils d'intervention inadaptés à ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> L'inaccessibilité des lieux
<input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Le service de transport (ex. : manque de flexibilité, service non adapté, etc.)
<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Une offre de services externes inappropriée pour répondre aux besoins reliés à ce type d'incapacité (ex. : services de soutien à domicile, service d'interprétation visuelle et tactile, etc.) (précisez) :
<input type="checkbox"/> <sub>9</sub> L'attitude de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>10</sub> L'attitude de la famille ou des proches de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>11</sub> L'attitude des autres personnes hébergées à l'égard de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>12</sub> L'attitude des autres membres du personnel de la maison à l'égard de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>13</sub> Autre (précisez) :

7. Qu'avez-vous fait pour surmonter ces difficultés?

--

8. Si vous aviez à intervenir aujourd'hui auprès d'une femme ayant une incapacité liée à la parole victime de violence conjugale, rencontreriez-vous ces mêmes difficultés?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (Pourquoi?) :
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas

BLOC 5 : « INCAPACITÉ INTELLECTUELLE OU LIÉE À UN TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT »

1. Au cours des deux dernières années financières (depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007 ou, *grosso modo*, au cours des deux dernières années), combien d'intervenantes, actuellement en poste, sont intervenues auprès de femmes ayant une incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement victimes de violence conjugale dans le cadre de leur pratique au sein de cette maison d'hébergement?

(si vous avez inscrit 0 [zéro], passez au bloc 6)

**\*LES QUESTIONS SUIVANTES (2 À 7) NE S'ADRESSENT QU'AUX INTERVENANTES QUI SONT INTERVENUES  
AUPRÈS DE CETTE CLIENTÈLE\***

2. De quel ou quels types de violence ces femmes ont-elles été victimes de la part de leur conjoint (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Des agressions psychologiques
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Des agressions verbales
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Des agressions physiques
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Des actes de domination sur le plan économique
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Des agressions sexuelles
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> De la négligence <sup>9</sup>

3. Lors de vos interventions auprès de femmes ayant une incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement victimes de violence conjugale, avez-vous rencontré des difficultés?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (passez au bloc 6)
---	--

4. Quelles sont ces difficultés?

--

5. Parmi ces difficultés, y en a-t-il qui sont liées à leur incapacité?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (passez au bloc 6)
---	--

---

<sup>9</sup> Privation volontaire active ou passive de la part de toute personne qui ne répond pas aux besoins de la personne dont elle a la responsabilité des soins.

6. Quelles sont les causes de ces difficultés (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Un manque de connaissances à l'égard de ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Une méconnaissance des ressources dédiées aux personnes handicapées
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Un manque d'expérience en ce qui a trait à l'intervention auprès de personnes ayant ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Un inconfort ou un malaise personnel face à ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Un ou des outils d'intervention inadaptés à ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> L'inaccessibilité des lieux
<input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Le service de transport (ex. : manque de flexibilité, service non adapté, etc.)
<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Une offre de services externes inappropriée pour répondre aux besoins reliés à ce type d'incapacité (ex. : services de soutien à domicile, service d'interprétation visuelle et tactile, etc.) (précisez) :
<input type="checkbox"/> <sub>9</sub> L'attitude de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>10</sub> L'attitude de la famille ou des proches de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>11</sub> L'attitude des autres personnes hébergées à l'égard de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>12</sub> L'attitude des autres membres du personnel de la maison à l'égard de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>13</sub> Autre (précisez) :

7. Qu'avez-vous fait pour surmonter ces difficultés?

--

8. Si vous aviez à intervenir aujourd'hui auprès d'une femme ayant une incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement victime de violence conjugale, rencontreriez-vous ces mêmes difficultés?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (Pourquoi?) :
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas

BLOC 6 : « INCAPACITÉ LIÉE À UN TROUBLE GRAVE DE SANTÉ MENTALE »

1. Au cours des deux dernières années financières (depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007 ou, *grosso modo*, au cours des deux dernières années), combien d'intervenantes, actuellement en poste, sont intervenues auprès de femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale victimes de violence conjugale dans le cadre de leur pratique au sein de cette maison d'hébergement?

(si vous avez inscrit 0 [zéro], passez à la section H)

**\*LES QUESTIONS SUIVANTES (2 À 7) NE S'ADRESSENT QU'AUX INTERVENANTES QUI SONT INTERVENUES  
AUPRÈS DE CETTE CLIENTÈLE\***

2. De quel ou quels types de violence ces femmes ont-elles été victimes de la part de leur conjoint (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Des agressions psychologiques
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Des agressions verbales
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Des agressions physiques
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Des actes de domination sur le plan économique
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Des agressions sexuelles
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> De la négligence <sup>10</sup>

3. Lors de vos interventions auprès de femmes ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale victimes de violence conjugale, avez-vous rencontré des difficultés?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (passez à la section H)
---	---

4. Quelles sont ces difficultés?

--

5. Parmi ces difficultés, y en a-t-il qui sont liées à leur incapacité?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (passez à la section H)
---	---

---

<sup>10</sup> Privation volontaire active ou passive de la part de toute personne qui ne répond pas aux besoins de la personne dont elle a la responsabilité des soins.

6. Quelles sont les causes de ces difficultés (vous pouvez cocher plus d'un choix)?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Un manque de connaissances à l'égard de ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Une méconnaissance des ressources dédiées aux personnes handicapées
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Un manque d'expérience en ce qui a trait à l'intervention auprès de personnes ayant ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Un inconfort ou un malaise personnel face à ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Un ou des outils d'intervention inadaptés à ce type d'incapacité
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> L'inaccessibilité des lieux
<input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Le service de transport (ex. : manque de flexibilité, service non adapté, etc.)
<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Une offre de services externes inappropriée pour répondre aux besoins reliés à ce type d'incapacité (ex. : services de soutien à domicile, service d'interprétation visuelle et tactile, etc.) (précisez) :
<input type="checkbox"/> <sub>9</sub> L'attitude de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>10</sub> L'attitude de la famille ou des proches de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>11</sub> L'attitude des autres personnes hébergées à l'égard de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>12</sub> L'attitude des autres membres du personnel de la maison à l'égard de ces femmes
<input type="checkbox"/> <sub>13</sub> Autre (précisez) :

7. Qu'avez-vous fait pour surmonter ces difficultés?

--

8. Si vous aviez à intervenir aujourd'hui auprès d'une femme ayant une incapacité liée à un trouble grave de santé mentale victime de violence conjugale, rencontreriez-vous ces mêmes difficultés?

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non (Pourquoi?) :
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Je ne sais pas



SECTION H : « COLLABORATIONS ET PARTENARIATS »

1. La maison que vous dirigez a-t-elle accès, sur demande, à :

1.1 Des programmes spécifiques d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) (ex. : soutien à domicile, aide matérielle, etc.)?

<sub>1</sub> Oui (Lesquels?) :

<sub>2</sub> Non

<sub>3</sub> Je ne sais pas

1.2 Un service d'interprétation visuelle et tactile (langue des signes québécoise ou *American Sign Language*)?

<sub>1</sub> Oui

<sub>2</sub> Non

<sub>3</sub> Je ne sais pas

2. Lors d'interventions auprès de femmes handicapées victimes de violence conjugale, les intervenantes de la maison que vous dirigez font-elles appel :

2.1 À des organismes communautaires dédiés aux personnes handicapées de votre région?

<sub>1</sub> Souvent

<sub>2</sub> Rarement

<sub>3</sub> Jamais (Pourquoi?) :

2.2 Au ou aux centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement de votre région?

<sub>1</sub> Souvent

<sub>2</sub> Rarement

<sub>3</sub> Jamais (Pourquoi?) :

2.3 Au ou aux centres de réadaptation en déficience physique de votre région?

<sub>1</sub> Souvent

<sub>2</sub> Rarement

<sub>3</sub> Jamais (Pourquoi?) :

2.4 À des programmes spécifiques d'un CSSS (ex. : soutien à domicile, aide matérielle, etc.)?

<sub>1</sub> Souvent

<sub>2</sub> Rarement

<sub>3</sub> Jamais (Pourquoi?) :

### 2.5 À des services spécialisés en santé mentale?

- <sub>1</sub> Souvent
- <sub>2</sub> Rarement
- <sub>3</sub> Jamais (Pourquoi?) :

### 2.6 À un service d'interprétation visuelle et tactile?

- <sub>1</sub> Souvent
- <sub>2</sub> Rarement
- <sub>3</sub> Jamais (Pourquoi?) :

**\*SI LES INTERVENANTES DE LA MAISON QUE VOUS DIRIGEZ N'ONT JAMAIS FAIT APPEL AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DÉDIÉS AUX PERSONNES HANDICAPÉES, AUX CENTRES DE RÉADAPTATION, AUX PROGRAMMES SPÉCIFIQUES D'UN CSSS, AUX SERVICES SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE OU À UN SERVICE D'INTERPRÉTATION VISUELLE ET TACTILE DANS LE CADRE DE LEURS INTERVENTIONS AUPRÈS DE FEMMES HANDICAPÉES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE, PASSEZ À LA SECTION I\***

3. Les intervenantes ayant fait appel à un organisme, un centre, un programme ou un service mentionné à la question précédente ont-elles rencontré des difficultés particulières lors de leurs partenariats?

- <sub>1</sub> Oui (Lesquelles?) :
  
- <sub>2</sub> Non
- <sub>3</sub> Je ne sais pas

### SECTION I : « COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS »

1. Avez-vous des commentaires et des suggestions à formuler à l'égard des besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale?

**MERCI DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION!**



### DÉFINITION DE PERSONNE HANDICAPÉE

En vertu de l'article 1, paragraphe g, de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, une personne handicapée est :

« Toute personne ayant une **déficience** entraînant une **incapacité significative et persistante** et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes ».

Cette incapacité peut être motrice, intellectuelle, de la parole, visuelle, auditive ou associée à d'autres sens. Elle peut être liée à des fonctions organiques ou, encore, liée à un trouble envahissant du développement ou à un trouble grave de santé mentale.

Une **déficience** se définit essentiellement par l'atteinte à l'intégrité d'un système organique (ex. : système nerveux, système respiratoire).

Une **incapacité** est une réduction de la capacité d'une personne à fonctionner sur le plan intellectuel, psychologique, physiologique ou anatomique d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain. On parle donc, par exemple, de la réduction de la capacité d'une personne à voir, à entendre, à parler, à marcher, à comprendre, à mémoriser, etc.

Une incapacité est **significative** lorsqu'elle présente un certain degré de sévérité ou de gravité. Elle réduit de façon appréciable la capacité d'une personne à fonctionner. Une incapacité n'est pas significative s'il est possible de restaurer à un niveau normal les capacités de la personne par l'utilisation d'une prothèse (ex. : lunettes, prothèse auditive) ou d'une orthèse (ex. : semelle ou chaussure orthopédique).

Une incapacité **persistante** en est une dont on ne peut prévoir la disparition. À l'inverse, une incapacité qui survient à la suite d'une maladie ou d'une blessure dont les effets devraient disparaître de manière définitive grâce à un traitement ou au passage du temps n'est pas considérée comme étant persistante. À noter qu'une incapacité peut avoir un caractère épisodique et être persistante. La fréquence et la durée des épisodes se rapportent plutôt au caractère significatif de l'incapacité.

En matière de **santé mentale**, les **troubles graves** sont liés à des incapacités significatives qui peuvent affecter, notamment, les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la production d'un travail.

Ainsi, dans le cadre de ce projet d'évaluation, la classification suivante est utilisée :

- Incapacité motrice (personne se déplaçant en fauteuil roulant [ex. : personne paraplégique] ou à mobilité réduite [ex. : personne ayant la dystrophie musculaire]);
- Incapacité auditive (ex. : personne malentendante);
- Incapacité visuelle (ex. : personne aveugle);
- Incapacité liée à la parole (ex. : personne dysphasique);

- Incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement (ex. : personne autiste);
- Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale (ex. : personne schizophrène, personne ayant un trouble bipolaire).

---

# ACCESSIBILITÉ ET ADAPTATION DES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES HANDICAPÉES

Le principe d'**accessibilité universelle** favorise l'utilisation similaire des possibilités offertes par un environnement pour tous les usagers et tient compte par le fait même des situations liées à tous les types d'incapacité.

L'**adaptation** est le fait d'augmenter l'accès à un environnement existant pour répondre aux besoins spécifiques d'un individu ayant une incapacité.

Les mesures d'adaptation les plus connues se regroupent en trois grandes catégories :

1. L'accessibilité des lieux
2. L'accueil et les moyens de communication
3. La sensibilisation et la formation du personnel

### 1. L'accessibilité des lieux

Voici quelques éléments à considérer pour évaluer l'accessibilité de la maison que vous dirigez.

Pour les personnes ayant une incapacité motrice :

- Présence d'une entrée de plain-pied<sup>11</sup> ou d'une rampe d'accès à l'entrée principale de la maison.
- Portes de largeur suffisante (pour une personne se déplaçant en fauteuil roulant manuel ou motorisé).
- Présence d'au moins une salle de bain accessible (présence d'une barre d'appui, porte de largeur suffisante, espace de manœuvre suffisant, etc.).
- Espace de manœuvre suffisant dans les différentes pièces et les corridors de la maison afin qu'une personne se déplaçant en fauteuil roulant manuel ou motorisé puisse se déplacer de façon autonome et sécuritaire.
- Présence d'une rampe ou d'un ascenseur pour accéder aux étages supérieurs.

Pour les personnes ayant une incapacité auditive ou les personnes ayant une incapacité intellectuelle ou liée à un trouble envahissant du développement :

- Présence d'une signalisation visuelle (ex. : pictogrammes pour indiquer les salles de bain, l'ascenseur, les sorties d'urgence, etc.).

Pour les personnes ayant une incapacité visuelle :

- Présence d'une signalisation tactile (faisant appel, notamment, à des pictogrammes en relief ou à du braille) ou sonore.

---

<sup>11</sup> C'est-à-dire une entrée située au même niveau que le trottoir, ne nécessitant donc pas de rampe d'accès.

## 2. L'accueil et les moyens de communication

Les trois moyens de communication suivants seront abordés :

1. Les communications téléphoniques
2. La communication de personne à personne
3. L'imprimé

### 2.1 Les communications téléphoniques

Certaines personnes ont des difficultés à verbaliser leur demande de renseignement et d'autres doivent utiliser des adaptations technologiques pour communiquer par téléphone. Voici quelques exemples de support à la communication par téléphone :

- L'**appareil de télécommunication pour sourds (ATS)** est utilisé par les personnes qui ne peuvent employer le téléphone régulier.
- Le **Service de relais Bell** fait le lien entre la personne malentendante ou sourde qui utilise un ATS et une personne entendant qui n'en a pas.
- La **communication téléphonique simplifiée** consiste à utiliser, lorsqu'on s'adresse à une personne malentendante ou ayant des difficultés de compréhension, des stratégies qui favorisent la compréhension, comme le fait de parler lentement, en prononçant clairement sans élever inutilement le ton de la voix, ou encore de changer de mots lorsque l'interlocuteur ne semble pas bien comprendre l'information transmise. L'utilisation de phrases courtes avec des mots simples peut aussi faciliter la communication.

#### Service de relais Bell

Pour l'entendant, composez le 1 800 855-0511, 24 h/jour, 7 jours/semaine. Pour de plus amples renseignements au sujet de ce service, téléphonez au 1 800 361-8412.

### 2.2 La communication de personne à personne

Voici quelques exemples de méthodes adaptées pour faciliter la communication de personne à personne :

- La **communication orale simplifiée** signifie que, pour des communications orales claires et simples, le message doit être adapté à l'interlocuteur. Avec certains interlocuteurs, il faut tenir compte du niveau de compréhension et prendre l'habitude de faire répéter le message pour s'assurer qu'il est bien compris.
- L'**utilisation de pictogrammes** peut faciliter la communication lorsqu'il s'agit de personnes ayant des difficultés à communiquer verbalement ou ayant des difficultés de compréhension.
- Pour les personnes sourdes qui communiquent en langue des signes, prévoir l'**utilisation de gestes naturels, de mimes, de dessins, de l'écriture ou même de l'épellation**. Pour les personnes sourdes ou malentendantes qui utilisent la parole ou la lecture labiale, utiliser des stratégies de communication pour rendre votre parole visible et audible (face à la personne, lieu bien éclairé, etc.).
- La présence d'un **interprète** qualifié pour le langage gestuel, oraliste ou autre est recommandée lorsqu'une personne ayant une incapacité auditive a besoin de cette ressource pour avoir accès à l'information. Il est important, dans une telle situation, de s'adresser à la personne et non à l'interprète.

## 2.3 L'imprimé

Les moyens d'adaptation les plus utilisés pour l'imprimé sont :

- Le braille : moyen d'accès à l'écriture et à la lecture pour les personnes ayant des incapacités visuelles importantes.
- Les documents vidéo en langue des signes québécoise (LSQ) ou en *American Sign Language* (ASL).
- Le format audio.
- Le langage simplifié : adaptation vulgarisée du contenu d'un document écrit destinée à une clientèle pouvant avoir des difficultés de compréhension.
- Les gros caractères d'imprimerie : modification de la taille du caractère selon la grandeur du point requis, soit de 16, 22 ou 26, et redistribution du texte en conséquence.
- Le support informatique en format texte (.doc, .txt, etc.).

## 3. La sensibilisation et la formation du personnel

Il est important de sensibiliser et de former les intervenantes de la maison que vous dirigez aux particularités des personnes handicapées et à la nécessité d'avoir une approche respectueuse et adaptée envers ces dernières. Ainsi, elles partageront les valeurs et les principes fondamentaux qui facilitent la participation sociale des personnes handicapées, à savoir : la présomption de compétence de la personne, le respect de l'autonomie et l'engagement de celle-ci dans les décisions qui la concernent.

Les activités de sensibilisation et de formation du personnel constituent des moyens efficaces pour contrer les préjugés qui pourraient nuire à des services de qualité.

**Pour obtenir davantage d'informations au sujet de ces activités de sensibilisation et de formation du personnel ou pour toutes questions en ce qui a trait à l'accessibilité des lieux, aux mesures d'adaptation des services et aux ressources disponibles, contactez le service d'accueil et de référence de l'Office des personnes handicapées du Québec au 1 800 567-1465.**





# ANNEXE F

## TABLEAUX COMPARATIFS

TABLEAU I

Actions entreprises par les répondants et les répondantes des milieux d'intervention à la suite de l'identification d'un cas de violence conjugale chez une femme handicapée selon les types d'incapacité (le cas échéant)<sup>1</sup>

	CSSS <sup>2</sup>			Centres de réadaptation	Groupes de base
	TGSM <sup>3</sup>	Intellectuelle	Motrice		
	%				
<b>J'en ai (ils en ont) discuté avec :</b>					
La ou les victimes	92,7	91,5	95,6	84,6	100,0
Son représentant légal ou sa représentante légale	9,8	9,9	8,8	17,9	0,0
Un ou des membres de sa famille ou de ses proches	18,3	39,4	29,4	17,9	12,5
Autre	9,8	15,5	14,7	30,8	12,5
<b>J'ai (ils ont) fait un signalement à :</b>					
La police	15,9	7,0	5,9	15,4	12,5
La direction de la protection de la jeunesse	7,3	2,8	7,4	5,1	0,0
Autre	2,4	11,3	10,3	28,2	12,5
<b>J'ai (ils ont) fait une référence à :</b>					
Un(e) autre professionnel(le) du CSSS	39,0	26,8	35,3		
Un(e) autre professionnel(le) du centre de réadaptation				15,4	
Une maison d'hébergement	47,6	29,6	27,9	17,9	50,0
Un CSSS				20,5	12,5
Autre	9,8	9,9	7,4	15,4	37,5
<b>J'ai contacté :</b>					
Un organisme dédié aux personnes handicapées	4,9	9,9	5,9		
Un(e) intervenant(e) d'un centre de réadaptation	2,4	25,4	4,4		
Autre	11,0	9,9	7,4		
<b>Ils ont communiqué avec la ligne S.O.S. violence conjugale</b>					12,5
<b>Je n'ai (ils n'ont) pas fait de référence [j'ai [ils ont] piloté seul(es) le dossier]</b>	22,0	22,5	25,0	17,9	25,0
<b>Je suis (ils sont) demeuré(es) impliqué(es) pour le suivi et l'accompagnement</b>	42,7	57,7	48,5	52,6	25,0
<b>Autre</b>	7,3	11,3	8,8	15,8	12,5

1. Ce tableau regroupe les données des tableaux 36, 39, 42, 49 et 56 de ce rapport.

2. Centres de santé et de services sociaux.

3. Trouble grave de santé mentale.

TABLEAU II

Types de violence subie par les femmes handicapées victimes de violence conjugale rencontrées par les répondants et les répondantes selon les milieux d'intervention et les types d'incapacité (le cas échéant)<sup>1</sup>

	Types de violence subie <sup>2</sup>					
	Agressions psychologiques	Agressions verbales	Agressions physiques	Actes de domination sur le plan économique	Agressions sexuelles	Négligence
	%					
Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale en maisons d'hébergement	100,0	100,0	91,9	89,2	89,2	59,5
Incapacité intellectuelle ou liée à un TED <sup>3</sup> en maisons d'hébergement	100,0	93,8	84,4	81,3	75,0	43,8
Incapacité motrice en maisons d'hébergement	90,9	95,5	72,7	86,4	54,5	50,0
Incapacité liée à un trouble grave de santé mentale en CSSS <sup>4</sup>	90,2	93,9	64,6	63,4	47,6	34,1
Incapacité intellectuelle en CSSS	84,5	90,1	43,7	70,4	29,6	39,4
Incapacité motrice en CSSS	83,8	91,2	29,4	51,5	13,2	44,1
CRDI-TED <sup>5</sup>	66,7	85,7	57,1	42,9	23,8	19,0
CRDP <sup>6</sup> et établissements à missions combinées	78,9	73,7	21,1	36,8	21,1	15,8
Groupes de base	100,0	87,5	50,0	62,5	25,0	37,5

1. Ce tableau regroupe les données des tableaux 16, 18, 20, 35, 38, 41, 48 et 55 de ce rapport.

2. Les victimes ont pu subir plus d'un type de violence.

3. Trouble envahissant du développement.

4. Centres de santé et de services sociaux.

5. Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement.

6. Centres de réadaptation en déficience physique.



# RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BARNETT, O., C. L. MILLER-PERRIN et R. D. PERRIN (2005). *Family violence across the lifespan: An introduction*, California, Sage Publications, 576 p.

BERTHELOT, M., J. CAMIRAND et R. TREMBLAY (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec : un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 156 p.

BROWNRIDGE, D. A. (2006). « Partner Violence Against Women with Disabilities », *Violence Against Women*, vol. 12, n° 9, p. 805-822.

CARLSON, B. E. (1997). « Mental Retardation and Domestic Violence: An Ecological Approach to Intervention », *Social Work*, vol. 42, n° 1, p. 79-89.

CHENOWETH, L. (1997). « Violence and Women with Disabilities: Silence and Paradox », dans COOK, S. et J. BESSANT. *Women's Encounters with Violence: Australia Experiences*, Thousand Oaks: Sage Series on Violence Against Women, [s. l.], [s. n.], p. 21-29.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (2005). *Ampleur et nature de la violence subie par les femmes et les hommes : analyse sur quelques statistiques sur la violence conjugale*, Québec, Services des communications, Conseil du statut de la femme, 27 p.

CURRY, M. A., D. HASSOUNEH-PHILLIPS et A. JOHNSTON-SILVERBEG (2001). « Abuse of Women with Disabilities: An Ecological Model and Review », *Violence Against Women*, vol. 7, n° 1, p. 60-79.

DEKESEREDY, W. S., et M. D. SCHWARZ (2005). « Backlash and Whiplash: A Critique of Statistics Canada's 1999 General Social Survey on Victimization », *Online Journal of Justice Studies*, vol. 1, n° 1.

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (1995). *Guide de référence en matière de prévention, de dépistage et d'intervention face à la violence faite aux personnes présentant une déficience intellectuelle*, Montréal, FQCRDI, 25 p.

GAUTHIER, S. (2008). *La violence conjugale vécue par les femmes ayant des incapacités : manifestations, facteurs de vulnérabilité et de protection, obstacles au dévoilement*, Montréal, Fonds Québécois sur la recherche sociale.

JIWANI, Y. (2000). *L'enquête sociale générale de 1999 sur la violence conjugale : une analyse*, Vancouver, FREDA Centre for Research on Violence against Women and Children.

LANGLAIS, L., et autres (1995). *L'intervention auprès des femmes Sourdes victimes de violence conjugale*, Québec, Comité d'aide aux femmes Sourdes de Québec, 168 p.

LAROCHE, D. (2007). *Contexte et conséquences de la violence conjugale envers les hommes et les femmes au Canada en 2004*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 117 p.

MASUDA, S., et J. RIDINGTON (1990). *À la rencontre de nos besoins : manuel sur l'accessibilité aux maisons de transition*, Réseau d'action des femmes handicapées du Canada, 218 p.

MIHOREAN, K. (2005). « Tendances des actes de violence signalés à la police par les victimes », dans AUCOIN, K. (dir.). *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2005*, Ottawa, Centre canadien de la statistique juridique, p. 13-34.

MIHOREAN, K. (2006). « Facteurs liés à la déclaration de la violence conjugale à la police », dans OGRODNIK, L. (dir.). *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2006*, Ottawa, Centre canadien de la statistique juridique, p. 21-30.

MILBERGER, S., et autres (2003). « Violence against Women with Physical Disabilities », *Violence and Victims*, vol. 18, p. 581-591.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2008). *Statistiques 2007 sur la criminalité commise dans un contexte conjugal au Québec*, Québec, 62 p.

NOSEK, M. A., C. A. HOWLAND et M. E. YOUNG (1997). « Abuse of Women with Disabilities », *Journal of Disability Policy Studies*, vol. 8, n<sup>os</sup> 1-2, p. 157-75.

NOSEK, M. A., et autres (2001a). « National Study of Women with Physical Disabilities: Final Report », *Sexuality and Disability*, vol. 19, n<sup>o</sup> 1, p. 5-39.

NOSEK, M. A., et autres (2001b). « Vulnerabilities for Abuse Among Women with Disabilities », *Sexuality and Disability*, vol. 19, n° 3, p. 177-189.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (mars 2007). « Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 : principale source de données sur la population handicapée au Québec », *StatFlash : bulletin d'information statistique*, n° 23.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2008). *Premier plan global de mise en œuvre, Politique À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité, Engagements des ministères et organismes, Déposé au ministre de la Santé et des Services sociaux le 30 juin 2008, Dernière mise à jour le 25 août 2009*, Drummondville, L'Office, 117 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, 404 p.

QUÉBEC (1995). *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Québec, Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale et familiale, 71 p.

QUÉBEC (2004). *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*, Québec, Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle, 32 p.

QUÉBEC (2005). *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale : L.R.Q., c. É-20.1, à jour au 1<sup>er</sup> août 2010*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 23 p.

QUÉBEC (2009). *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité : Politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, IX, 69 p.

REGROUPEMENT PROVINCIAL DES MAISONS D'HEBERGEMENT ET DE TRANSITION POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE et CONFÉDÉRATION DES ORGANISMES DE PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2009). *Accueillir et accompagner les femmes ayant des limitations fonctionnelles : guide pratique à l'intention des intervenantes en maison d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale*, Montréal, 89 p.

RIVERS-MOORE, B. (1993). *La violence familiale à l'égard des femmes handicapées*, [En ligne], Ottawa, Centre national d'information sur la violence dans la famille. [[www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/publications/femdisab-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/publications/femdisab-fra.php)], [Consulté le 15 avril 2008].



- SANTÉ CANADA (2004). «La violence envers les femmes handicapées», [En ligne], Ottawa, Centre national d'information sur la violence dans la famille. [[www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/publications/femdisabus-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/publications/femdisabus-fra.php)], (Consulté le 8 octobre 2009).
- SOBSEY, D. (1994). *Violence and Abuse in the Lives of People with Disabilities: The End of Silent Acceptance?*, Baltimore, Paul H. Brookes Publishing, 444 p.
- STATISTIQUE CANADA (2009). *Les maisons d'hébergement au Canada : feuillets d'information pour le Canada, les provinces et les territoires – 2007-2008*, Ottawa, Centre canadien de la statistique juridique, 25 p.
- TICOLL, M. (1993). *Violence familiale et les personnes souffrant d'incapacité mentale*, Ottawa, Centre national d'information sur la violence dans la famille, 10 p.
- WOMEN WITH DISABILITIES AUSTRALIA (1997). *More than just a Ramp' – A Guide for Women's Refuges to Develop Disability Discrimination Act Action Plans –Section One*, [En ligne], [[www.wwda.org.au/sectone.htm](http://www.wwda.org.au/sectone.htm)], (Consulté le 15 avril 2008).

Cette étude porte sur les besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale et vise à :

1. Documenter la problématique de la violence conjugale envers les femmes handicapées.
2. Évaluer les besoins d'adaptation des services offerts aux femmes handicapées victimes de violence conjugale par le réseau de la santé et des services sociaux et les maisons d'hébergement.
3. Formuler des recommandations visant la prévention de la violence conjugale auprès des femmes handicapées ainsi que l'adaptation des services aux réalités particulières vécues par celles-ci.

L'étude fait ressortir différents types de besoins d'adaptation des services, notamment des besoins de sensibilisation, de formation, d'adaptation physique des lieux, d'adaptation des outils et de coordination des services. Elle dresse également un portrait de l'accessibilité d'une grande partie des maisons d'hébergement du Québec. Ses résultats contribueront au développement de formations adaptées aux besoins identifiés par les intervenantes et les intervenants questionnés ainsi qu'à l'adaptation des outils d'identification de cas et d'intervention existants aux caractéristiques et aux besoins des femmes handicapées.