



CLINIQUE SAINT-LUC

GRUPEMENT HOSPITALIER NAMUROIS



Actions de sensibilisation et de formation des professionnels hospitaliers à la problématique des violences intrafamiliales

– SYNTHÈSE –

Equipe de recherche – Clinique St Luc - Bouge

Anne-Marie Offermans, Sociologue, Responsable de projet

Dr. Annick Appart, Psychiatre

Dr. Philippe Vanparijs, Légiste

Equipe de recherche - ICRH U(Z)Gent

Dra Ines Keygnaert, Responsable de projet

Dra An-Sofie Van Parys

Prof Dr Marleen Temmerman

Auteurs

Anne-Marie Offermans

Ines Keygnaert



TABLE DES MATIÈRES

1. OBJECTIFS DU PROJET	3	Page 2
2. UN CADRE DE RECHERCHE COMMUN	3	
2.1. La sensibilisation à la problématique des violences intrafamiliales en milieu hospitalier	3	
2.1.1 Objectif et contenu de la sensibilisation	3	
2.1.2 Implémentation de la sensibilisation en hôpital	4	
2.1.3 Evaluation de la sensibilisation	5	
2.2. La formation avancée à la problématique des violences intrafamiliales en milieu hospitalier	5	
2.2.1 Objectifs et contenu de la formation avancée	5	
2.2.2 Implémentation de la formation avancée	7	
2.2.3 Evaluation de la formation avancée	8	
3. ACTIONS DE SENSIBILISATION ET DE FORMATION AVANCÉE – PARTIE NÉERLANDOPHONE DU PAYS	9	
3.1. LE CADRE CONCEPTUEL	9	
3.2. LA SENSIBILISATION	9	
3.3. LA FORMATION AVANCÉE	10	
3.4. LE DÉVELOPPEMENT DES PROTOCOLES	11	
4. ACTIONS DE SENSIBILISATION ET DE FORMATION AVANCÉE – PARTIE FRANCOPHONE DU PAYS	13	
4.1. LE CADRE CONCEPTUEL	13	
4.2. LA SENSIBILISATION	14	
4.3. LA FORMATION AVANCÉE	15	
4.4. LE DÉVELOPPEMENT DES PLANS D’ACTIONS	15	

1. OBJECTIFS DU PROJET

Le projet de recherche est commandité par le SPF Santé Publique DG-Organisation des Etablissements de Soins. Il s'inscrit dans la continuité du projet-pilote relatif à des actions de sensibilisation à la problématique des violences intrafamiliales organisées en 2009 à destination de professionnels hospitaliers.

La Clinique St Luc-Bouge et l'ICRH U(Z)-Gent collaborent en vue de répondre aux deux objectifs définis dans la convention en matière de violences intrafamiliales :

- 1) Organiser des actions de sensibilisation à la problématique des violences intrafamiliales en milieu hospitalier. Ces actions s'adressent à un groupe multidisciplinaire (médecins, infirmiers-ères, sages-femmes, psychologues, assistant(es) social(es)) provenant des services tels les urgences, la psychiatrie, la pédiatrie, la gériatrie, la gynécologie/maternité, les services sociaux...
- 2) Elaborer une formation à la problématique des violences intrafamiliales en milieu hospitalier. Cette formation vise le personnel des hôpitaux ayant déjà participé aux actions de sensibilisation en 2009 et qui souhaitent développer des actions dans ce domaine.

S'inscrivant dans une perspective fédérale, une collaboration entre les équipes de recherche est requise. Des mises en commun sur le cadre méthodologique de la recherche sont prévues en vue de veiller à la cohérence du projet entre les parties francophones et néerlandophones du pays.

2. UN CADRE DE RECHERCHE COMMUN

Dès le démarrage du projet, un cadre de recherche a été défini par les deux équipes de recherche en ce qui la sensibilisation et la formation avancée à la problématique des violences intrafamiliales en milieu hospitalier.

2.1. La sensibilisation à la problématique des violences intrafamiliales en milieu hospitalier

2.1.1 Objectif et contenu de la sensibilisation

L'objectif de la sensibilisation vise la détection précoce et la prise en charge des situations de violences intrafamiliales. Dans cette perspective, une réflexion sur la mise en place d'un plan d'action en cette matière est également envisagée.

Le module de sensibilisation est élaboré dans une perspective fédérale. Les contenus théoriques abordés concordent ainsi que les lignes directrices de détection, de prise en charge et d'orientation. Il est également tenu compte des spécificités régionales et linguistiques.

Il se base sur le module de sensibilisation mis au point lors du projet précédent. Il est complété et adapté au départ des éléments suivants :

- la littérature récente relative aux violences conjugales et familiales et celles ayant trait à la maltraitance à l'égard des enfants et des personnes âgées;
- les nouvelles données disponibles en Belgique dans ce domaine;
- l'apport d'experts ;
- les résultats de l'évaluation effectuée dans le cadre du projet précédent ;
- des propositions de plans d'action en hôpital.

Il prend en compte les réalités de terrain : des cas cliniques sont notamment proposés lors des séances de sensibilisation. Il est alimenté par connaissance acquise de nos expériences de formation antérieures.

2.1.2 Implémentation de la sensibilisation en hôpital

L'implémentation de la sensibilisation est réalisée comme suit :

- Prise de contact avec les coordinatrices provinciales/Steunpunt en Centra Algemeen Welzijnswerk avec l'objectif de les inviter ou à prendre part aux séances de sensibilisation ; ces dernières présentent notamment les ressources existantes dans le domaine des violences intrafamiliales.
- Mise en place dans les hôpitaux :
 1. **Sélection :**
 - A. tenir compte de la répartition géographique (province), de leur localisation urbaine/rurale, de leur capacité (universitaire et non universitaire)
 - B. si nécessaire, privilégier les hôpitaux intéressés par la problématique (par exemple, ceux ayant participé à l'étude d'enregistrement des violences en 2008)¹
 2. **Prise de contact laissée au libre-choix**
 3. **Etablissement d'un calendrier de sensibilisation : période d'avril à mi-septembre**
- Modalités pratiques
 1. **Durée :** une demi-journée par hôpital
 2. **Nombre de participants :** minimum 20 personnes pour favoriser les interactions et optimiser les processus d'apprentissage
 3. **Services concernés :** urgences, psychiatrie, pédiatrie, gériatrie, gynécologie/maternité, services sociaux et autres en vue de créer une dynamique au sein de l'hôpital (aspect multidisciplinaire et orientation interne et externe à l'hôpital)
 4. **Public-visé :** médecins, infirmiers-ères, sages-femmes, psychologues, assistant(es) social(es), autres intervenants
 5. **Lieu :** au sein de l'hôpital
 6. **Accréditation de la sensibilisation en éthique/économie demandée par l'hôpital**
 7. **Evaluation :** un formulaire-papier remis aux participants en fin de session
 8. **Organisation :** l'hôpital fait les invitations et procède aux inscriptions. Il met à disposition un local et un catering éventuel

¹ La sélection a été effectuée uniquement sur le critère A pour la partie néerlandophone du pays.

2.1.3 Evaluation de la sensibilisation

L'évaluation de la sensibilisation s'appuie sur l'outil d'évaluation élaboré lors du projet précédent. Cet outil se base sur l'instrument de mesure validé PREMIS (Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey)², instrument qui a été traduit et adapté au contexte belge des soins de santé.

En fonction des objectifs du projet, nous avons opté pour l'analyse de la satisfaction des participants quant à la sensibilisation (post-sensibilisation). Celui-ci reprend les variables suivantes :

- le profil des participants (sexe, âge, profession, service et ancienneté dans celui-ci)
- l'identification des violences par les participants (nombre de patients suivis par mois, nombre de patients qui déclarent spontanément les violences subies, nombre de cas de violence suspectée)
- les ressources existantes au sein de l'hôpital (sensibilisations /formations, protocoles de dépistage et de prise en charge, réunions de service, personnes de références, personnes de confiance)
- l'intérêt pour la problématique des violences intrafamiliales
les formations déjà suivies sur ce thème
- les attentes quant à la sensibilisation
- l'évaluation de la sensibilisation (contenu théorique, outils pédagogiques, applicabilité au terrain et animation)
- les principaux éléments de la sensibilisation retenus par les participants
- la nécessité d'un suivi à la sensibilisation
- les points à améliorer

Le programme SPSS (Statistical Package for Social Sciences) a été utilisé pour le traitement et l'analyse des questions pré-codées.

2.2. La formation avancée à la problématique des violences intrafamiliales en milieu hospitalier

2.2.1 Objectifs et contenu de la formation avancée

La formation avancée a pour but de former des membres du personnel hospitalier à la problématique des violences intrafamiliales qui deviendront personnes-ressource au sein de l'établissement. Leur rôle sera notamment de développer un plan d'action en cette matière.

La formation avancée comprend les étapes suivantes :

- a. une analyse préalable du contexte et des besoins en matière de violences intrafamiliales ;

² Short LM, Alpert E, Harris J, Surprenant ZJ., A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence, American Journal of Preventive Medicine 2006; 30(2):173-180.

- b. la formation :
 - sur la problématique des violences intrafamiliales
 - sur l'élaboration de plan(s) d'action
- c. une intervention
- d. un suivi personnalisé des actions en hôpital.

A. Analyse du contexte

En vue d'établir les plans d'action en hôpital (3), une analyse du contexte hospitalier est réalisée en vue de répertorier, par hôpital, les ressources, les besoins et les difficultés en matière de violences intrafamiliales.

Un canevas d'entretien est préalablement défini et reprend les thématiques suivantes :

- les actions déjà mises en œuvre par l'hôpital en matière de violences intrafamiliales
- les actions ou pratiques que l'hôpital souhaiterait développer dans un futur proche
- les services ou personnes susceptibles d'implémenter ces actions
- le type de soutien pour mettre en œuvre ces actions ou ces pratiques.

L'entretien a lieu sur rendez-vous avec des représentants de la direction de l'hôpital ainsi qu'avec des responsables médecins et/infirmiers des services concernés. Afin de préparer cet entretien, un formulaire reprenant quelques questions-clés leur est transmis, formulaire qu'ils sont invités à nous retourner quelques jours avant l'entretien. Les résultats de cette analyse sont pris en considération pendant la formation lors de l'élaboration du plan de prévention et du suivi personnalisé en hôpital.

B. Sessions de formation

Comme pour les séances de sensibilisation, les sessions de formation sont élaborées dans une perspective fédérale. Les contenus théoriques abordés concordent ainsi que les lignes directrices de détection, de prise en charge et d'orientation.

Elles se basent sur la littérature scientifique relative aux violences conjugales, à la maltraitance à l'égard des enfants et des personnes âgées de même que celle relative aux auteurs de violences. Elles sont alimentées par la connaissance acquise de nos expériences de formation antérieures.

Elles tiennent tout particulièrement compte de la variété du paysage hospitalier notamment pour l'élaboration des plans d'action en hôpital. En effet, de l'évaluation du projet précédent, il apparaît que les hôpitaux ayant participé aux séances de sensibilisation ont des parcours très diversifiés en matière de prise en charge des violences intrafamiliales. Certains ont déjà développé un protocole généralisé à l'ensemble de l'hôpital. D'autres disposent uniquement d'une procédure spécifique aux urgences lors d'une agression sexuelle (SAS).

Elles s'appuient sur les réalités de terrain. Les participants sont invités à partager les cas cliniques rencontrés dans leur pratique lors de jeux de rôle ou de travail en sous-groupes. Elles veillent également à une alternance entre la théorie et la pratique.

C. Intervision

Une intervision est proposée en vue de revoir de manière plus interactive les connaissances théoriques vues lors des sessions de formation et de faire apparaître à chaque participant ses capacités à agir positivement sur cette problématique. Elle vise également la mise en commun des plans d'actions réalisés au sein de chaque hôpital. Les participants auront l'occasion de réfléchir ensemble à des pistes de solutions par rapport aux besoins et aux difficultés rencontrés lors de la mise en œuvre de ceux-ci. Ils échangeront aussi sur les perspectives à donner à leur plan d'action/à leur protocole.

Page | 7

D. Suivi personnalisé des plans d'action en milieu hospitalier

Le développement des plans d'action en milieu hospitalier est organisé par les participants à la formation. Un monitoring des plans d'action est envisagé dans le but de soutenir le processus d'implémentation dans les différents hôpitaux concernés. A cette fin, trois moments de suivi personnalisé sont planifiés par établissement. Ils s'effectuent au sein de l'hôpital ou ont lieu lors d'entretiens téléphoniques et d'échanges de mails.

2.2.2 Implémentation de la formation avancée

L'implémentation de la formation avancée se déroule de la manière suivante :

- Prise de contact

Le projet de formation est proposé aux hôpitaux ayant participé à l'action de sensibilisation organisée par le SPF Santé Publique en 2009. Un contact téléphonique ou courriel préalable avec ces derniers a lieu en vue :

- de leur faire part d'une synthèse des résultats de l'évaluation du projet précédent ;
- de présenter le nouveau projet-pilote à la direction de l'hôpital et aux responsables des services concernés ;
- d'obtenir leur accord de principe.

Une lettre de confirmation leur est envoyée en vue d'officialiser leur participation à ce projet-pilote. Une collaboration avec la Direction ou l'encadrement intermédiaire est explicitement demandée. Notons qu'en cas de refus, il leur est demandé de motiver par écrit la raison pour laquelle il ne souhaite pas participer à ce projet-pilote.

- Modalités pratiques

- 1. Durée :** 5 journées réparties comme suit :
 - ½ journée d'analyse du contexte et des besoins
 - 2,5 journées de formation
 - ½ journée d'intervision
 - 3 x ½ journée de suivi
- 2. Nombre de participants :** minimum 2 personnes par hôpital
- 3. Service concerné :** urgences, psychiatrie, pédiatrie, gériatrie, gynécologie/maternité, services sociaux, direction et encadrement
- 4. Public-visé :** médecins, infirmiers-ères, sages-femmes, psychologues, assistant(es) social(es), cadres intermédiaires, membres de la direction

5. **Lieu** : la formation est centralisée à un endroit facilement accessible
6. **Accréditation de la formation en éthique/économie demandée par l'hôpital**
7. **Evaluation** : une évaluation orale est réalisée pour clôturer chaque journée de formation ; deux formulaires-papier sont remis aux participants en fin de formation, un relatif à la formation, l'autre ayant trait à l'élaboration de plans d'action
8. **Organisation** : les équipes de recherche mettent à disposition un local, un lunch et un catering

2.2.3 Evaluation de la formation avancée

L'évaluation de la formation avancée s'appuie également sur l'instrument de mesure validé PREMIS (Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey)³, instrument qui a été traduit et adapté au contexte belge des soins de santé.

Elle est opérée à deux niveaux : les sessions de formation à la problématique et les plans d'actions mis en œuvre en milieu hospitalier.

L'évaluation des sessions de formation porte sur les variables suivantes :

- le profil des participants (sexe, âge, profession, service et ancienneté dans celui-ci)
- l'identification des violences par les participants (nombre de patients suivis par mois, nombre de patients qui déclarent spontanément les violences subies, nombre de cas de violence suspectée)

les formations déjà suivies sur ce thème, plus particulièrement la séance de sensibilisation financé par le SPF Santé Publique en 2009

- la satisfaction des participants par rapport aux contenus théoriques et aux aspects didactiques
- l'auto-évaluation de leurs aptitudes à détecter, à prendre en charge les situations de violences intrafamiliales et à être une personne-ressource dans ce domaine
- la nécessité d'un suivi à la formation
- les points à améliorer

Quant à l'évaluation des plans d'action, elle reprend les éléments décrits ci-dessus tout en adaptant les éléments relatifs à l'auto-évaluation. Il s'agit ici d'apprécier leurs aptitudes à élaborer, implanter et finaliser un plan d'action en milieu hospitalier de même que d'être une personne de référence dans cette matière. A ceux-ci s'ajoutent deux items :

- un relatif aux éléments nécessaires à la mise en œuvre de plans d'action en matière de violences intrafamiliales en hôpital
- un autre ayant trait aux préoccupations ou remarques à transmettre au SPF en matière de prise en charge des violences intrafamiliales.

Par ailleurs, un matériel de suivi des plans d'actions est transmis aux participants. Il s'agit d'une feuille de bord et d'un tableau analyse type SWOT reprenant les points forts, les points à améliorer, les besoins et les contraintes du projet.

³ SHORT L.M., ALPERT E., HARRIS J., SURPRENANT Z.J., *A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence*, American Journal of Preventive Medicine 2006; 30(2): 173-180.

3. ACTIONS DE SENSIBILISATION ET DE FORMATION AVANCÉE – PARTIE NÉERLANDOPHONE DU PAYS

3.1. LE CADRE CONCEPTUEL

La sensibilisation, la formation avancée et l'accompagnement des plans d'action qui ont eu lieu dans la partie néerlandophone du pays, connaissent le même dessein global et visent les objectifs tels que décrits dans l'introduction générale de ce projet. Toutefois, nous avons opté pour une approche spécifique dans sa traduction concrète.

Cette approche spécifique reflète le cadre conceptuel scientifique que nous utilisons au sein de l' « ICRH-Université de Gand ». Ce cadre conceptuel comprend deux modèles théoriques que nous avons intrinsèquement reliés dans le cadre de la promotion de la santé et de la prévention de la violence. Il s'agit, d'une part, du modèle socio-écologique sur la santé et la violence, tel qu'utilisé également par l'OMS et d'autre part, du concept de « prévention souhaitable » du Professeur Vettenburg et collègues.

Le modèle socio-écologique suppose que la santé est déterminée et que la violence résulte d'un ensemble de déterminants tant au niveau individuel, interpersonnel, communautaire que sociétal. Etant donné qu'aucun de ces niveaux ne fonctionne indépendamment des autres, il est nécessaire, dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire de la violence, et donc également dans les soins divulgués aux patients en situation VIF, d'arriver à une synergie simultanée à ces niveaux⁴. Nous avons également appelé ceci une approche holistique.

Le concept de « Prévention Souhaitable⁵ » suppose que les initiatives de prévention qui anticipent les facteurs de risque de manière intentionnelle et systématique, sont « souhaitables » quand, afin d'améliorer ou de protéger la santé et le bien-être d'un groupe cible, elles anticipent les facteurs de risque toujours plus tôt, sont « of-fensives » de manière maximale, connaissent une approche intégrale, fonctionnent de façon participative et sont de nature démocratique.

Ce cadre conceptuel nous a inspirés dans l'élaboration du contenu et de l'aspect pratique tant de la sensibilisation, de la formation avancée que du développement des protocoles. C'est également la vision que nous avons tenté de transmettre aux hôpitaux pour l'élaboration de leur protocoles VIF (Violence IntraFamiliale).

3.2. LA SENSIBILISATION

La sensibilisation comprenait deux volets. Un premier volet traitait, via une approche interactive mais scientifique, de ce qu'est la VIF et de comment la reconnaître ; un deuxième volet proposait des pistes pour gérer la VIF en tant que soignant dans un contexte hospitalier.

Au total, 10 sensibilisations ont été effectuées dans 9 hôpitaux et 279 soignants ont assisté à la sensibilisation. On compte en moyenne 28 participants pour chaque sensibilisation et 31 participants par hôpital. Le nombre de participants variait cependant fortement d'un hôpital à l'autre : de 80 participants du ZNA Middelheim à Anvers à 8 participants de l'AZ Klina à Brasschaat. Cette variation s'explique principalement par la taille de l'hôpital, la façon dont le recrutement a été effectué au sein des hôpitaux et la date prévue pour la sensibilisation.

⁴ DiClemente, Salazar, Crosby et al, 2005

⁵ Vettenburg, Burssens, Melis, Goris, Van Gils, Verdonck & Walgrave, 2003

Les participants ont un profil varié en ce qui concerne leur fonction. Trois fonctions ressortent cependant : infirmiers, sages-femmes et intervenants psycho-sociaux. En accord avec la convention, 5 services étaient plus importants en nombre de participants : il s'agit de maternité & gynécologie, gériatrie, urgences, pédiatrie et psychiatrie. Il est cependant remarquable qu'en complément de ces services, d'autres spécialités et services étaient présents, ce qui indique que l'omnivale de la VIF et le besoin d'une approche omni-hospitalière commencent à faire leur entrée.

La sensibilisation a été évaluée, tant de manière orale (plénière) qu'écrite (individuellement). Dans sa globalité, la sensibilisation a été appréciée de façon très positive et les participants ont indiqué avoir augmenté leurs connaissances et se sentir mieux armés pour s'occuper de patients en situation de VIF. 82% des participants ayant complété le formulaire d'évaluation (226/279 ou 81% du nombre total de participants) ont indiqué que la sensibilisation a répondu globalement (61%) ou entièrement (21%) à leurs attentes. Dans les hôpitaux où des orateurs extérieurs sont également venus apporter une contribution au contenu et où l'exercice/jeu de rôles sur le questionnement des patients a été remplacé, il a été signalé que le contenu de l'ensemble devenait lourd à assimiler en 3 heures. Les suggestions d'amélioration portaient essentiellement sur le souhait d'ajouter davantage d'exercices pratiques et de casuistique, éventuellement en étendant la durée. Finalement, 89% des participants ayant rempli le formulaire d'évaluation ont signalé qu'une suite à cette sensibilisation leur paraissait utile.

3.3. LA FORMATION AVANCÉE

Dans la partie néerlandophone du pays, la formation avancée consistait en un ensemble de 24 heures de formation réparties sur 3 jours ayant chacun un contenu spécifique. Jour 1 se concentrait sur la VIF et les soins aux patients en situation VIF, Jour 2 se centrait sur la politique en matière de VIF et sur les outils de soutien et Jour 3 approfondissait le rôle des hôpitaux en matière d'aide aux auteurs, l'approche holistique de la VIF et une intervision des plans d'action.

Trente-six soignants issus de 8 hôpitaux différents ont participé. Les infirmiers (11) et assistants sociaux (9) étaient les deux fonctions les plus représentées. Dans une moindre mesure, des médecins, sages-femmes, psychologues, managers et orthopédagogues étaient également présents. Le nombre de services composant ce groupe est cependant très varié. En accord avec les services considérés comme services-clés VIF, le service mère & enfant, la pédiatrie, la gériatrie et la psychiatrie sont un peu plus représentés mais les différences sont mineures. En termes de fonction, ce sont à nouveau le groupe des assistants sociaux et celui des infirmiers qui travaillent tant de manière transversale que dans les services les plus divers. Il s'agit donc ici de figures-clés par excellence.

Vingt-trois des 26 participants à avoir rempli un formulaire d'évaluation (90%) ont indiqué que la formation avancée a pour une grande part voire tout à fait répondu à leurs attentes. Lors des suivis en hôpital et de l'intervision réalisée après Jour 2 ainsi que pendant l'évaluation orale du Jour 3, le constat suivant apparaît : les participants estiment voir davantage de cas-VIF parmi leurs patients et ont également le sentiment d'être à même d'appréhender cette problématique de manière beaucoup plus efficace et adéquate.

Dans le formulaire d'évaluation, nous avons également sondé la « capacity building ». Nous pouvons globalement affirmer que les participants se sentaient, après la formation avancée, mieux outillés pour se mettre au travail avec des patients en situation VIF. Aux questions relatives à leur capacité, après la formation, à 1) repérer les risques et les conséquences de la VIF et 2) poser des questions ciblées sur la VIF, tous les participants ont répondu exclusivement de façon positive.

Quelques incertitudes apparaissent pour les questions portant sur leur capacité à reconnaître et à identifier les signaux et symptômes VIF chez les victimes et les auteurs, après la formation. Aux questions portant sur leur capacité, après formation, à accueillir les victimes de VIF et à leur procurer les soins adéquats, à documenter correctement les situations de violence, à orienter les victimes et les auteurs de manière appropriée, les estimations sont également variées. A chacune de ces questions, certains participants répondent en être « tout à fait » capables et le plus grand nombre pense tout de même pouvoir le faire « bien » ou « plutôt bien ». Quelques-uns indiquent y être « plutôt peu » préparés ou ne pas savoir le faire.

Nous avons finalement sondé s'ils se sentaient capables, après la formation, de devenir, dans leur hôpital, une figure-clé dans le développement et l'implémentation du protocole VIF ; ici, un tiers indique tout de même se sentir « plutôt peu » voire « pas du tout » à même de l'envisager. Pour quelques 70% des participants, c'est cependant possible.

La majorité absolue estime qu'une suite à la formation avancée leur semble utile. Ils précisent que c'est essentiellement sous forme d'intervision que ceci est souhaitable et ce, tant pour le développement et l'implémentation des différents protocoles, qu'en ce qui concerne l'approche des cas VIF. Les participants mentionnent également qu'il est indiqué d'organiser régulièrement des journées « feed-back », où un update des derniers développements - tant au niveau du contenu qu'au niveau technique - serait proposé. Ils envisagent ceci par exemple, sous forme de journées à thème, auxquelles s'inscrire en fonction de sa spécialité ou de son service.

Comme points d'amélioration à la formation avancée, un grand groupe indique que la durée de la formation avancée devrait être allongée. Ceci permettrait d'avoir davantage d'exercices pratiques et de casuistique, en alternance avec les volets théoriques. Davantage d'intervision sur l'élaboration de protocoles, entre les différents hôpitaux réunis, pourrait de cette façon avoir lieu.

3.4. LE DÉVELOPPEMENT DES PROTOCOLES

Les huit hôpitaux ayant signé l'offre relative à la formation avancée, ont parcouru différentes étapes pendant lesquelles ils ont été soutenus, aussi bien sur place que par téléphone et par mail, sous forme de conseils adaptés, de manuels d'utilisation, de directives et d'outils.

Partant d'une analyse de la situation et d'un sondage des besoins, un premier aperçu de la situation actuelle et de la situation souhaitée en final, a été obtenu ; après quoi, un input concret a été donné pendant les 2 premières journées de formation afin d'élaborer un protocole relatif au contenu et d'établir, à cette fin, un plan d'action. Après la deuxième journée de formation, les participants ont constitué un groupe de travail en interne et ont effectué une analyse-SWOT. Sur base de ce SWOT et à l'aide d'un manuel pratique pour l'établissement d'un plan d'action VIF et d'une intervion sur place, ils ont élaboré une première proposition de plan d'action qu'ils ont soumis tant au coordinateur de projet qu'à l'ensemble du groupe pour feedback et intervion. Enfin, ils ont finalisé un plan d'action.

L'évaluation de l'accompagnement des protocoles consistait, lors de chaque contact sur place, écrit ou téléphonique, en une courte évaluation. A côté de cela, il a été demandé, à la fin du projet, de compléter un formulaire d'évaluation spécifique. Globalement, l'accompagnement des protocoles a été évalué comme globalement positif. Aux différentes parties de l'évaluation, plusieurs personnes ont donné un score « très bien », « bien » et « neutre », avec une

balance de plus du double pour le nombre d'évaluations positives versus neutres (128/62). Aucune partie n'a reçu une évaluation négative.

80% indiquent être « bien » voire « très bien » à même de contribuer au développement d'un plan d'action VIF, grâce à l'accompagnement proposé en matière de protocoles. Les autres 20% avancent y être « modérément » préparés. Nous obtenons cependant une image plus nuancée quand nous sondons leur capacité à contribuer, après accompagnement, à l'implémentation d'un plan d'action ainsi qu'à tester et finaliser les protocoles finaux. Là, une moitié mentionne en être capable de manière « modérée » ou « limitée » et l'autre moitié affirme en être « bien » voire « tout à fait » capable.

Page | 12

L'auto-évaluation de sa capacité à devenir une figure-clé dans l'hôpital pour l'implémentation de protocoles ainsi que pour la sensibilisation des collègues en matière de VIF et d'approche hospitalière adéquate, est très variable : de « très bien » à « peu ». Personne n'a cependant signalé qu'il ne serait pas à même de le faire.

Les participants ont cependant également formulé des conditions annexes nécessaires en vue d'élaborer leurs plans d'action et de, finalement, implémenter les protocoles VIF. Ils étaient unanimes sur le fait que l'engagement du management hospitalier, des médecins et du personnel hospitalier est une condition absolument nécessaire. La moitié des répondants considère que l'engagement explicite du management est déjà présent. Ceci implique que ce n'est pas encore le cas aux yeux de l'autre moitié et qu'il est nécessaire de travailler d'abord à la création d'une base solide au projet.

Un support financier interne et externe leur paraît également indispensable. Tous les hôpitaux sont d'avis que le financement externe se traduit de préférence par un soutien financier au service social qui pourrait dès lors devenir case-managers VIF de manière transversale.

Finalement, 96% a également précisé qu'un accompagnement externe en continu est une condition nécessaire à l'implémentation de leurs protocoles VIF. Ils voient ceci principalement sous forme d'évaluation et de rectification éventuelle des protocoles élaborés, d'intervision régulière quant au contenu et à l'approche des patients VIF ainsi que d'adaptations spécifiques à chaque hôpital.

A l'avenir, les hôpitaux participants recommandent donc de prévoir une durée de projet plus longue avec une alternance régulière entre accompagnement, formation et développement de plans d'action. En tant qu'organismes, nous ne pouvons que confirmer que ceci ne peut qu'augmenter la qualité, l'efficacité et l'efficacé des projets. Un autre point d'amélioration cité par plusieurs personnes consiste en la proposition d'investir d'abord de temps à la création d'une base solide au niveau du management hospitalier avec une estimation concrète de la charge de travail et de sa répartition. En ce sens, ils proposent que les soignants qui développeront finalement le plan d'action et qui suivront la formation avancée soient nommés dès le départ par l'hôpital et soient impliqués dans toute communication.

Comme points d'attention pour les pouvoirs publics, ils soulignent qu'un soutien financier est nécessaire pour pouvoir implémenter les protocoles VIF et que des actions ciblées telles que la sensibilisation et la formation obligatoire des médecins sont souhaitables. Une durée plus longue de projet devrait aussi être prévue avec une alternance régulière entre accompagnement, formation et développement de plans d'action. Par ailleurs, ils indiquent que les pouvoirs publics devraient également stimuler les services d'aide à collaborer et maximaliser les possibilités d'accueil et de services.

Finalement, la reconnaissance d'une intervention sociale urgente dans la législation hospitalière serait un must, d'autant plus que tous les hôpitaux participants ainsi que les coordinateurs de projet de la partie néerlandophone recommandent actuellement que le service social devienne le service-clé pour gérer les VIF de manière transversale dans les hôpitaux.

4. ACTIONS DE SENSIBILISATION ET DE FORMATION AVANCÉE – PARTIE FRANCOPHONE DU PAYS

4.1. LE CADRE CONCEPTUEL

En plus de la méthodologie définie conjointement par les équipes de recherche, nous avons développé une approche spécifique pour l'élaboration de la sensibilisation et de la formation avancée dans la partie francophone du pays. Nous nous sommes référés à la grille d'analyse utilisée en Analyse Transactionnelle - le tableau des méconnaissances⁶ -. Cette grille met en évidence les étapes préalables et nécessaires à tout changement de comportement. Elle repose sur l'observation selon laquelle un changement de comportement nécessite la levée de méconnaissances ou autrement dit, la prise de conscience de différents éléments dans l'ordre mentionné ci-dessous :

- 1° L'existence du problème
- 2° La gravité du problème
- 3° L'existence de solutions
- 4° La capacité à mettre en œuvre ces solutions

L'objectif visé au travers de cette grille est d'arriver à un changement de comportements de la part du personnel hospitalier en matière d'accompagnement des patients victimes de violences.

Tant dans la sensibilisation que dans la formation, un premier temps a été consacré à explorer la problématique et à faire apparaître sa gravité en matière de santé (point 1° et 2° de la grille). Ensuite ont été abordés les divers aspects du rôle que peut jouer le personnel hospitalier lorsqu'il est confronté à cette problématique. Sont alors proposées des informations et des recommandations en matière de détection précoce, d'accompagnement et d'orientation des patients (point 3° de la grille).

La quatrième étape de la grille a été développée principalement dans le volet formation. Par différentes techniques d'apprentissage, les participants ont eu l'occasion d'acquérir confiance en eux pour appliquer la démarche proposée.

En ce qui concerne le versant « santé face aux violences », nous nous sommes appuyés sur :

- le rapport de l'OMS et plus particulièrement sur son modèle socio-écologique⁷
- la recherche à laquelle nous avons collaboré avec la Société Scientifique de Médecine Générale, à savoir les recommandations de bonne pratique en matière de violences conjugales⁸ et le consensus juridique élaboré parallèlement à ces recommandations⁹.

Afin d'optimiser le rendement des sessions en terme d'efficacité, nous avons bénéficié de l'apport scientifique d'experts belges et étrangers ressortant des domaines tels que médecins légistes, médecins urgentistes, gynécologues, ainsi que psychologues et sociologues.

⁶ Stewart I., Joines V., Manuel d'Analyse Transactionnelle, Interéditions, Paris, 2000.

⁷ OMS, Rapport mondial sur la violence et la santé, 2002, p.13

⁸ Vanhalewyn M., Offermans A-M, Recommandations de bonne pratique – détection des violences conjugales, SSMG, Service Public Fédéral Santé, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, 2010

⁹ Vanhalewyn M., Offermans A-M, Les violences conjugales : cadre juridique et déontologique, les aspects relatifs au dossier et certificat médical, SSMG-Domus Médica, Service Public Fédéral de la Santé, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement sous la supervision du Cebam, 2010

4.2. LA SENSIBILISATION

La **sensibilisation** vise à augmenter les connaissances en matière de prévalence, de facteurs de risques, de conséquences sur la santé des personnes victimes en vue d'accroître les chances d'un dépistage plus précoce des violences intrafamiliales. Elle suggère des points de repères nécessaires à la compréhension de la dynamique de la violence et décrit les signes cliniques utiles à l'identification des situations à risque ou de violence actuelle et/ou ancienne. Elle propose une prise en charge appropriée dans une optique multidisciplinaire.

Page | 14

Les sessions de sensibilisation se sont déroulées d'avril à septembre dans 8 hôpitaux - 7 en région wallonne et 1 en région Bruxelles-Capitale - et ont touché un total de 182 participants, soit en moyenne 22 personnes par hôpital. Le public était essentiellement féminin (77,9% de femmes pour 22,1% d'hommes), la moyenne d'âge se situant autour de 38 ans. Les participants provenaient principalement des services de maternité (21,5%) et des urgences (19,1%). Des participants issus de services autres, tels que la psychiatrie, gériatrie ou encore la pédiatrie ont également pris part aux séances, ainsi que, ponctuellement, des membres de services moins directement concernés, mais intéressés, comme le bloc opératoire, la stérilisation ou encore le département de la gestion de lit/brancardage. Leurs professions étaient très diversifiées tout en étant que celle d'infirmiers-ères (43,6%) y était la plus représentée. Viennent ensuite 15,7 % de médecins, mais aussi 12,2% de sages-femmes et 11,6% d'assistant(e)s social(e)s.

La sensibilisation a été évaluée sur base d'un formulaire uniformisé et anonyme que les participants ont complété en fin de session. 172 participants y ont répondu, soit un taux de réponse de 94,5 %. D'une manière générale, la majorité des participants, soit 91,8 %, estiment que la sensibilisation a tout à fait ou globalement répondu à leurs attentes. En tenant compte des contenus abordés, ceux-ci ont rencontré l'intérêt des participants et sont applicables dans la pratique. Les méthodes d'apprentissage ainsi que les supports utilisés ont été largement appréciés. De l'analyse des commentaires (expression libre), les participants ont exprimé les apports considérés selon eux comme positifs dans le sens d'une prise de conscience de l'ampleur et de la gravité du phénomène, de la nécessité d'intervenir avec des moyens appropriés en terme de détection, mais aussi d'orientation (multidisciplinaire) adéquate de la personne victime. Certains ont également souligné le bénéfice apporté par les réflexions juridiques transmises lors de la sensibilisation. La sensibilisation fut par ailleurs abordée différemment par les participants, soit en tant qu'apprentissage, soit en tant que remise à niveau de leurs connaissances, ou encore considérée comme un espace d'échange et de réflexion.

Les objectifs visés, à savoir le diagnostic précoce des violences intrafamiliales et la prise de conscience par le personnel hospitalier de son rôle incontournable dans cette problématique, apparaissent clairement comme atteints, dans le cadre d'une sensibilisation, telle que proposée ici.

87,1 % des participants souhaitent une suite à la sensibilisation. Il est important de souligner que les participants restent demandeurs d'informations supplémentaires concernant divers aspects tels que le secret professionnel, l'attitude à l'égard de l'auteur, la maltraitance envers les personnes âgées. La casuistique fut également appréciée, les participants regrettant que plus de temps n'y soit pas consacré, tout comme des mises en situation auraient été bienvenues, au pro rata d'une éventuelle extension du temps d'animation par exemple. Les participants ont enfin émis le souhait que cette sensibilisation soit étendue à l'ensemble du personnel hospitalier. La sensibilisation a donc certainement permis de susciter l'intérêt des participants quant à une envie d'approfondir le sujet, allant même jusqu'à voir naître chez certains l'idée d'implanter un plan d'action dans leur hôpital.

4.3. LA FORMATION AVANCÉE

La **formation avancée** concerne deux thèmes, soit les violences intrafamiliales et le développement de plans d'action en milieu hospitalier. Elle comprend trois journées dont deux journées et demie axées sur la détection et la prise en charge de la personne victime, avec une attention portée en sus aux auteurs de violences. La formation est organisée sur base d'apports théoriques, de mises en situation sous forme de jeux de rôles, d'intervision de cas et d'apports d'intervenants extérieurs divers (médecin légiste, psychologues, gériatre, pédiatre, juriste). Une demi-journée est orientée vers l'élaboration de plans d'action et d'échange d'idées entre les participants, au départ d'expériences belges et étrangères (Suisse, Angleterre, Allemagne) ; dans ce cadre et par la suite, les participants ont bénéficié d'un suivi personnalisé en milieu hospitalier, que ce soit physiquement, par courriel ou encore par téléphone et Internet, afin de mettre en œuvre leur plan d'action, se soldant par une dernière demi-journée d'intervision des différents plans réalisés.

Page | 15

Le public visé était issu des huit hôpitaux ayant déjà inscrit leur personnel à la sensibilisation (2009). De ce public, on dénombrait 18 femmes pour 4 hommes. Deux tranches d'âges prédominaient, à savoir les 25-29 ans et au-delà de la cinquantaine, soit une moyenne d'âge de 37 ans. La formation a touché en majorité des infirmières provenant des services d'urgences et de psychiatrie. On comptait également deux médecins, deux psychologues, une sage-femme et une assistante sociale.

Un formulaire d'évaluation, écrit, uniformisé et anonyme a été remis aux participants en fin de formation. De plus, cette évaluation écrite était accompagnée d'un échange oral de type feedback à la fin de chaque journée de formation. Les participants estiment au terme de la formation que cette dernière a globalement voire tout à fait répondu à leurs attentes. La plupart sont satisfaits des contenus abordés, des outils pédagogiques utilisés ainsi que des supports de formation et de l'accueil qui leur a été réservé. Lors des évaluations orales, ils affirment avoir pu déceler plus de cas de violences et se sentent mieux outillés pour prendre en charge de façon plus optimale ce type de cas.

A la question posée en termes d'auto-évaluation de leurs compétences, la majeure partie des participants s'estime suffisamment apte en matière de dépistage et d'orientation de patients victimes. A un degré moindre, ils s'estiment aptes néanmoins à un meilleur accompagnement de la personne victime. La documentation des situations peut encore rencontrer quelques écueils. Aucun participant n'a signalé se sentir inapte dans le domaine.

D'aucun juge utile de réserver une suite à cette formation, au cours notamment de séances à intervalles réguliers axées sur l'échange de leurs pratiques et de journées d'approfondissement de certains points abordés lors de la formation.

4.4. LE DÉVELOPPEMENT DES PLANS D' ACTIONS

Préalablement à la formation avancée, une **analyse du contexte** et des besoins en matière de prévention des violences intrafamiliales a été réalisée au sein des huit hôpitaux ayant participé à la sensibilisation en 2009.

Cette analyse a mis en évidence les lacunes en matière de gestion des violences, seul le SAS (Set d'Agression Sexuelle) étant généralement connu et mis en œuvre, outre, pour certains centres, des contacts établis en interne et externe pour gérer ce type de situation, parfois seulement sous forme de folders à distribuer aux patients.

Etant donné les courts délais impartis à la réalisation du projet, les 8 hôpitaux participants ont décidé de cibler leur action à un service, voire deux services (pour 3 d'entre eux) avec l'objectif pour certains de l'étendre par la suite à l'ensemble de l'établissement.

Cinq plans d'action en matière d'outils de dépistage et cinq autres plans en matière de protocoles de prise en charge ont été élaborés. En matière de dépistage, au travers d'une seule ou deux question(s) posée(s), mais de façon systématique, aux urgences, en psychiatrie et en gynécologie, les participants ont dégagé un résultat riche en enseignement les surprenant, mais rejoignant cependant les données de la littérature.

Quant aux protocoles de prise en charge aux urgences, ils consistaient en l'élaboration d'un arbre décisionnel clair, d'un guide de poche destiné aux praticiens, d'une fiche d'anamnèse ou encore en l'établissement d'un logo mnémotechnique (acronyme), ces protocoles étant accompagnés d'une note explicative et d'un répertoire des ressources. Ils ont été affichés à des endroits stratégiques dans le service, mis à disposition du personnel et en partie informatisés. Un des centres a même développé une brochure à destination du patient.

Page | 16

A nouveau, évaluation via formulaire uniformisé et anonyme, écrit, ainsi qu'une évaluation orale permettant aux participants d'exprimer leur satisfaction et les points d'attention à prendre en compte lors de la mise en œuvre de plans d'action. De cette évaluation, il ressort que les participants ont particulièrement apprécié le suivi personnalisé au sein de leurs institutions et la mise en commun des différents plans d'action élaborés. Ils regrettaient le manque de temps imparti pour prendre connaissance de l'ensemble du matériel de référence mis à disposition pour élaborer leur propre plan d'action.

L'auto-évaluation des participants quant à leur aptitude à élaborer, implanter, tester et finaliser un plan d'action en milieu hospitalier démontre que les participants s'estiment globalement préparés, voire bien préparés à le faire. Au-delà de cela, la plupart pensent aussi être aptes à prendre part active dans la sensibilisation de leurs pairs et dans l'implantation de plans d'action. A nouveau, aucun participant n'est resté insensible à ce partim de la formation.

A la question posée concernant les conditions nécessaires à la mise en œuvre de plans d'action en matière de violences intrafamiliales, est primordiale la nécessité du soutien du département infirmier (déjà en partie acquis), des directions médicale et hospitalière, mais aussi et surtout des médecins, encore trop souvent difficilement accessibles et sensibles à cette problématique, souvent par manque de temps et de possibilités d'investissement. Le sentiment de pluridisciplinarité au sens large du terme, incluant des services satellites comme la logistique ou l'informatique, se dégage nettement, tout comme cet esprit de travail en équipe est nécessaire dans la prise en charge des violences.

Toutefois se pose bien évidemment la question du financement de ce type de projet, les participants insistant sur la nécessité à brève échéance d'un soutien externe régulier à l'accompagnement de leurs démarches. Un financement interne et externe est aussi important, selon eux, pour l'établissement d'un plan plus pérenne, institutionnalisé. La création d'un poste spécifique en terme de personne-ressources est également clairement abordée lors de l'évaluation orale.

Les participants proposent les adaptations suivantes au présent module de formation :

- assurer la continuité des projets élaborés dans le cadre de cette action ;
- raccourcir les délais entre la phase de sensibilisation et celle de formation dans une optique de préserver la motivation des participants ;
- par contre augmenter le temps laissé aux équipes pour élaborer leur plan d'action et la période-test nécessaire y afférente, en prévoyant des réunions d'intervision tenues à intervalles réguliers, ce type de réunion entre les différents centres participants ayant été particulièrement apprécié ;
- impliquer impérativement les médecins globalement encore peu sensibilisé à la problématique, ainsi que les directions hospitalières, via peut-être un système de plateforme d'échange, de sensibilisations spécifiques (recyclages ?...)

De façon plus générale :

- prévoir une entrevue avec le SPF Santé Publique en vue de présenter les projets réalisés et les perspectives d'action ;
- institutionnaliser et financer l'implantation de protocole de dépistage et de prise en charge des situations de violences ;
- disposer d'un matériel de sensibilisation destiné au patient;
- centraliser l'information des ressources disponibles ET coordonner les structures d'aides et d'accueil (par exemple type CAW – Centrum Algemeen Welzijn) en vue de faciliter et d'assurer un suivi des situations de violence ;
- augmenter l'offre d'accueil et d'hébergement, notamment en matière d'hébergement d'urgence.

Page | 17

Tout comme pour la sensibilisation, les objectifs de la formation semblent manifestement atteints à savoir l'approfondissement des connaissances, l'acquisition de nouvelles compétences et l'implémentation de plans d'actions en milieu hospitalier. Nous constatons par ailleurs que les hôpitaux concernées se sont investis activement dans la problématique des violences intrafamiliales en dépassant le simple cadre d'échanges, de dialogues théoriques sur le sujet abordé en formation.