

# **SYNTHÈSE**

**Anne-Marie Offermans, sociologue – responsable de projet**

## 1 LE PROJET DE RECHERCHE

Le projet de recherche 'Formation des professionnels hospitaliers à la problématique des violences intrafamiliales' est financé par le SPF Santé Publique – DG Organisation des établissements de soins. Il s'inscrit dans la continuité du projet-pilote qui a débuté en 2009 et prévoit la poursuite des actions de sensibilisation et de formation avancée mises en place, en 2010-2011, en milieu hospitalier.

Pour des raisons budgétaires, la recherche se limite, cette année, à proposer une formation avancée aux 18 hôpitaux ayant participé, en 2010-2011, aux séances de sensibilisation.

La formation avancée comprend trois aspects :

1. **Analyse du contexte et des besoins en matière de violences intrafamiliales** (prévention, accueil, soins et orientation des patients) réalisée en hôpital par les coordinateurs de projet et ce avec des représentants de la direction, des responsables de service (médecins/infirmiers) ainsi que dans la partie néerlandophone du pays, avec le groupe de travail interne « Violence IntraFamiliale (VIF) ».
2. **Formation accréditée** de 24 à 28 heures proposée à un maximum de quatre personnes par hôpital, personne ayant participé en 2011 à la séance de sensibilisation. Les services concernés sont entre autres les urgences, la pédiatrie, la gériatrie, la psychiatrie, la gynécologie, le service social. La formation a pour but :
  - de revoir et d'approfondir les connaissances relatives aux VIF, en ce compris les violences entre partenaires, les violences sexuelles, la maltraitance à l'égard des enfants et de la personnes âgées;
  - d'accroître les compétences des participants à reconnaître les signaux/symptômes de la violence, à les interpréter et à y répondre de manière adéquate;
  - de mettre à disposition des outils concrets afin de promouvoir des soins de santé de meilleure qualité aux victimes et/ou auteurs de VIF;
  - de proposer des lignes directrices VIF et des instruments de même que présenter des expériences de terrain pour développer les plans d'action personnalisés en hôpital;
  - d'améliorer les compétences à orienter de manière efficace et à mettre en place des collaborations dans ce domaine.
3. **Suivi personnalisé (type coaching)** lors du développement des plans d'action VIF en hôpital. Ce plan d'action détermine dans la partie néerlandophone du pays comment et à quelle échéance il serait possible d'aboutir à des protocoles VIF applicables. Du côté francophone, il consiste en la réalisation et en la mise en œuvre d'outils de dépistage ou de protocoles de prise en charge VIF à destination d'un service, voire deux. Ce suivi a consisté en deux visites in situ en dehors l'analyse du contexte ainsi qu'en des échanges courriels et par téléphone.

Cette année, la coordination administrative de la recherche est assurée par l'ICRH-Université de Gand ; un accord de partenariat est à nouveau établi avec la Clinique St Luc-Bouge pour la réalisation du projet dans la partie francophone du pays. Dès le début du projet, des mises en commun sont

prévues en vue d'ajuster le cadre méthodologique commun élaboré précédemment et de veiller à la cohérence du projet entre les parties francophones et néerlandophones du pays. Ci-après figure une présentation synthétique des projets mis en œuvre côté néerlandophone et francophone du pays.

## 2 SYNTHÈSE DU RAPPORT FINAL – PARTIE FRANCOPHONE

### 2.1 Le cadre conceptuel

Notre approche en matière de formation et de développement des plans d'action a consisté à se référer à la grille utilisée en Analyse Transactionnelle - le **tableau des méconnaissances**<sup>1</sup> -, tout comme lors du projet précédent, cela bien entendu outre la méthodologie définie conjointement par les équipes de recherche. Cette grille d'analyse 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

Cette grille de lecture reste dans le temps pertinente puisque, sous bon nombre d'aspects, la formation avancée vise à terme un changement de comportements de la part du personnel hospitalier en matière d'accompagnement des patients victimes de violences.

Dans la formation avancée, un **premier temps** a été consacré à explorer la problématique et à faire apparaître sa gravité en matière de santé (**points 1° et 2° de la grille**). Dans un **deuxième temps** 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 recommandations en matière de détection précoce, d'accompagnement et d'orientation des patients de même que des informations sur des plans d'action mis en place en hôpital (**point 3° de la grille**).

Enfin, la capacité à mettre en œuvre les solutions (**point 4°**) a été développée par différentes **techniques d'apprentissage** proposées tant au cours de la formation avancée que lors du suivi personnalisé en hôpital. Ainsi, 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-écologique<sup>2</sup>;
- la recherche à laquelle nous avons collaboré avec la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), à savoir les recommandations de bonne pratique en matière de violences conjugales<sup>3</sup> et le consensus juridique élaboré parallèlement à ces recommandations<sup>4</sup>;

<sup>1</sup> STEWART I., JOINES V., *Manuel d'Analyse Transactionnelle*, Interéditions, Paris, 2000.

<sup>2</sup> OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002, p.13

<sup>3</sup> 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

- les travaux que nous réalisons actuellement en collaboration avec la SSMG en ce qui concerne la maltraitance des personnes âgées et la gestion des risques en matière de violences conjugales.

Afin d'optimiser le rendement des sessions, nous avons globalement **tenu compte des résultats de l'évaluation du projet précédent**. Cadre de travail prédéfini, nous n'avons pu accéder à la demande des participants qui souhaitent accroître le temps de formation, vu la densité des contenus abordés. Les principales adaptations ont dès lors consisté à supprimer les temps d'intervention sur les plans d'action en hôpital au profit d'exercices d'expérimentation en matière de détection et d'accompagnement des patients victimes de violence. Par ailleurs, au niveau des contenus, lorsque fût abordée l'élaboration des plans d'action en hôpital, nous avons aussi opté pour le témoignage d'un intervenant extérieur, lui-même issu de la formation précédente, témoignage quant à son expérience de terrain, bien plus motivant qu'un exposé théorique.

## 2.2 La formation avancée

### 2.2.1 Contenu de 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 (17h00)** axées sur la **détection et la prise en charge de la personne victime**, avec une attention portée en sus aux **enfants-témoins** d'actes de violence et, comme précédemment, **aux auteurs** de violences. Cette formation se veut tant théorique que pratique puisque, basée sur la littérature et l'apport d'intervenants extérieurs issus de diverses disciplines (médecin légiste, psychologues, gériatre, pédiatre, juriste), elle est largement implémentée de mises en situation sous forme de jeux de rôles et autres discussions de cas concrets. Une **journée de formation (7h00)** est consacrée à **l'élaboration de plans d'action** et d'échanges entre les participants, à partir d'expériences belges et étrangères (Suisse, Angleterre, Allemagne) ; dans ce cadre et par la suite, les participants ont bénéficié d'un suivi personnalisé au sein-même de leur hôpital, in situ, par courriel ou encore par téléphone, cela pour aider à la mise en place de leur propre plan d'action.

### 2.2.2 Les participants à la formation

Le **public visé** était issu des sept hôpitaux ayant déjà inscrit leur personnel à la sensibilisation (2010). Cette année, une institution n'a pas souhaité poursuivre le projet simplement pour raison d'organisation interne et non par manque d'intérêt pour le programme. De ce public, on dénombrait **21 femmes** pour 2 hommes. Deux tranches d'âges prédominaient, à savoir les 35-39 ans et les 50-54 ans, soit une moyenne d'âge de 40 ans. La formation a majoritairement touché des **infirmières** et des **sages-femmes**, dont deux étudiantes. On comptait également trois médecins, trois assistantes sociales et deux psychologues. Les services les plus représentés sont ceux de **gynécologie** et des **urgences**. Cette fois-ci, la **gériatrie** fait son apparition au panel des services participants, à part pratiquement égale que celle de la **psychiatrie**, déjà présente précédemment. Un peu moins de la **moitié des participants** se caractérise par **moins de 5 ans d'ancienneté** dans leur service. On enregistre aussi **un quart** des participants avec **plus de 20 ans d'ancienneté**.

---

<sup>4</sup> 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

### 2.2.3 L'évaluation de la formation avancée

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 résultats ne changent guère puisque cette année encore, les participants estiment que la formation **répond toujours globalement, voire complètement, à leurs attentes**. La plupart sont **satisfaits des contenus abordés**, même si le cadre juridique paraît difficilement abordable, ne fût-ce que par la densité du contenu par rapport au temps imparti. Satisfaction aussi quant **aux outils pédagogiques utilisés** ainsi que des **supports de formation** et de **l'accueil qui leur a été réservé**. Lors des évaluations tant orales qu'écrites, il se dégage, à nouveau, un **changement avéré** chez les participants, dans la **prise de conscience de l'ampleur** de la problématique, notamment au travers de l'accroissement du nombre de cas suspectés. **Acquisition d'aisance** dans la **détection et l'attitude à adopter en consultation**. Les participants affirment utiliser concrètement les outils proposés pour la prise en charge plus spécifique de ce type de cas. Ils se sentent également prêts à interpeller et à sensibiliser leurs collègues.

Au chapitre de l'auto-évaluation de leurs compétences à la problématique des violences, la majorité des participants **s'estime en premier lieu suffisamment apte à dépister et orienter** les patients victimes. Néanmoins **s'estiment-ils également aptes, à un niveau moindre cependant, à un meilleur accompagnement** de la personne victime et à une **gestion plus efficace de la dangerosité** de la situation. La **documentation des situations** reste plus délicate. Au même titre que l'assurance acquise dans l'accompagnement et la gestion des risques, la création d'un plan d'action concret est sereinement envisagée. Aucun participant n'a signalé se sentir peu apte, voire inapte, dans le domaine.

4

À une abstention près, le souhait est émis de voir se **poursuivre la formation**, au travers d'**intervisions** sur les plans d'action élaborés en milieu hospitalier, doublées de séances itératives de **supervision**, de **séminaires d'approfondissements**, voire même de sessions de **création d'outils de sensibilisation** à destination des membres du personnel hospitalier.

## 2.3 Le développement des plans d'actions en milieu hospitalier

### 2.3.1 Les modalités d'organisation

Le **développement du plan d'action propre** à chaque institution hospitalière s'est déroulé en **cinq étapes** consécutives.

Ce développement a débuté par la prise de contact avec la direction médicale de chaque centre afin de procéder à une **analyse ciblée du contexte et subséquent des besoins** en matière de prévention des violences intrafamiliales.

Ensuite, lors de la **journée de formation** avancée, mise à disposition de recommandations de bonne pratique, d'instruments de dépistage et de protocoles de prise en charge déjà utilisés, appuyés de témoignages de terrain.

Sur cette base, **élaboration du plan d'action**, avec **accompagnement personnalisé de la formatrice**, via une démarche structurée partant de la concertation avec la direction jusqu'à l'implémentation concrète du plan dans l'hôpital en passant par diverses phases comme un pré-test, des ajustements

et avalisation du plan par la hiérarchie sans oublier ensuite la sensibilisation (collègues, service(s), hôpital).

Au final, chaque plan a fait l'objet d'une auto-évaluation à l'aide de la **grille d'analyse S.W.O.T.** – Strengths Weaknesses Opportunities Threats –, soit une estimation des points forts, ceux à améliorer, des opportunités saisies et des contraintes du plan.

### 2.3.2 Les plans d'action

**Plus précisément, phase par phase, se dégagent les résultats suivants.**

En ce qui concerne le **volet des analyses du contexte et des besoins**, l'investissement est généralement pauvre. Il ressort qu'un seul des sept hôpitaux dispose déjà, pour son service des urgences, d'un protocole de prise en charge des victimes de violences. Sinon, seul le kit – SAS – pour la gestion des agressions sexuelles est généralement utilisé. On note l'utilisation dans certaines institutions d'un certificat – type VIF. On épingle un centre qui a mis en place un programme de formation à la gestion de l'agressivité des patients.

Pour ce qui est de la **réalisation de chaque plan d'action**, sachant que pour certains centres, il y avait deux services participants, on compte la création de six outils de dépistage (gériatrie, consultations prénatales, psychiatrie) et trois protocoles de prise en charge aux urgences.

En matière de **dépistage**, systématiquement au travers de deux ou trois questions ou via un test validé (gériatrie), les participants ont été interpellés par les résultats significatifs en termes de prévalence sur base de l'application concrète de leurs outils respectifs, chiffres correspondant cependant aux données de la littérature.

Concernant les trois **protocoles de prise en charge aux urgences**, établissement d'une fiche spécifique d'anamnèse avec note explicative de la procédure, d'un certificat-type et d'un référentiel d'orientation de la personne victime, le tout devant être à terme informatisé.

**L'analyse S.W.O.T.** met principalement en exergue, selon les niveaux d'évaluation :

- **points forts** : plan facilement intégré aux pratiques en vigueur dans le service, garant d'une meilleure qualité des soins proposés, aspect innovant du sujet abordé et des outils développés, soutien de la hiérarchie;
- **points à améliorer** : continuité du projet par une sensibilisation plus large et une formation continue;
- les **opportunités** sont matérialisées par le soutien du SPF Santé Publique et la mise en rapport avec d'autres hôpitaux également intéressés;
- si l'élaboration et l'application du plan d'action constituent une **contrainte** temporelle non négligeable, la gestion de chaque cas l'est tout autant, que ce soit par la nature-même, chronophage, de ce type de cas, ou par manque de personnel qualifié.

### 2.3.3 L'évaluation du développement des plans d'action

Au terme des **cinq étapes proposées pour le développement des plans d'action**, par questionnaire uniformisé écrit et **évaluation orale**, il a été donné aux participants de s'exprimer librement sur leur degré de satisfaction. Le **suivi personnalisé** reste tout particulièrement apprécié. Ils auraient

toutefois souhaité connaître les résultats des autres centres pour optimiser leurs propres plans d'action. Et à l'exception d'un participant, tous sont demandeurs d'un suivi ultérieur.

L'auto-évaluation des participants quant à leur **aptitude à élaborer, implanter, tester et finaliser un plan d'action en milieu hospitalier** démontre que, tout comme l'an passé, **les participants s'estiment globalement préparés, voire bien préparés**. Au-delà de cela, la plupart pensent aussi être **aptes à prendre une part active dans la sensibilisation de leurs pairs et, dans une moindre mesure, dans l'exportation de leurs plans d'action à d'autres services de l'hôpital**. À nouveau, d'aucuns manifestent leur engouement face à la création de plans d'actions pragmatiques.

À la question posée concernant les **conditions nécessaires à la mise en œuvre de plans d'action** en matière de violences intrafamiliales, une différence sensible par rapport au projet précédent se marque, à savoir que les participants sont **unanimes : un plan d'action ne peut être mis en œuvre de façon efficace que si tous les maillons de la chaîne** (direction, médecins, personnel infirmier et encadrement) se **sentent concernés**, à leurs niveaux respectifs par les violences intrafamiliales. Si certains hôpitaux semblent déjà, à degrés divers, bénéficier d'une certaine cohésion ou du moins consensualité face au sujet, globalement, il y a nécessité de sensibiliser le personnel infirmier, encore jugé comme relativement réticent à l'idée de devoir s'impliquer dans ce domaine, domaine vite taxé de problématique psycho-sociale plus que de réelle pathologie médicale.

À propos **du financement de ce genre de projet**, les participants sont convaincus de l'utilité d'un soutien externe répété itérativement dans le temps et ce, rapidement à la suite du présent projet. Un financement interne et externe reste un incontournable dans la concrétisation d'un projet institutionnalisé viable à long terme.

6

Les participants proposent les adaptations suivantes **au programme actuel** :

- assurer la continuité des actions déjà mises en place;
- prévoir un temps de partage d'expériences entre les participants, cela dans le but d'optimiser leurs plans d'action ainsi que leurs compétences;
- augmenter le temps imparti pour l'élaboration et l'implémentation de leur plan d'action;
- accroître la durée de la formation pour permettre l'approfondissement de certaines notions moins maîtrisées notamment juridiques et éthiques;
- créer un module dédié à la sensibilisation de leurs pairs ("train the trainer"), par un apport logistique et des techniques d'animation de groupe, avec pour objectif de lever les résistances au changement.

**Au-delà des préoccupations inhérentes à ce programme :**

- favoriser l'engagement plus conséquent de personnel affecté à la prise en charge des situations de violences, permettant d'augmenter le temps consacré à l'écoute et à la gestion des cas, sans empiéter sur le fonctionnement global du service;
- subséquemment, allouer plus de moyens financiers dans ce cadre ;
- institutionnaliser et financer l'implantation de protocole de dépistage et de prise en charge des situations de violences ;
- réitérer l'étude sur l'enregistrement des cas de violences intrafamiliales auprès des hôpitaux formés à ces problématiques;
- travailler à une mobilisation plus importante du personnel hospitalier, dont les médecins,
- disposer, au sein d'une même structure (centralisation), d'un matériel de sensibilisation et d'orientation destiné au patient;
- augmenter l'offre d'accueil et d'hébergement, dont l'hébergement d'urgence.

À l'instar des résultats de 2011, **les objectifs de la formation semblent atteints à plusieurs niveaux, soit 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 concernés se sont une fois encore impliqués activement, par réel changement d'attitude, dans l'approche concrète de la problématique des violences intrafamiliales. Le cap de l'approche purement théorique et limitée à quelques exposés ex-cathedra est, chez eux, largement dépassé. Confirmation s'il en est de cette volonté d'implication, au travers de demandes spontanées émanant des différents centres quant à la poursuite de ce type de projet.



## 3 SYNTHÈSE DU RAPPORT FINAL – PARTIE NÉERLANDOPHONE

### 3.1 Cadre conceptuel

La formation avancée et le développement 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 la présentation 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. La prévention tant primaire, secondaire que tertiaire peut viser chacun de ces niveaux, mais ce modèle montre qu'aucun de ces niveaux ne fonctionne indépendamment des autres. C'est pourquoi il est nécessaire, dans la prévention de la violence, et donc également dans les soins divulgués aux patients en situation VIF, d'arriver à une synergie simultanée à ces niveaux<sup>5</sup>. Cette approche est aussi parfois appelée holistique, intégrée ou inclusive, approche qui doit inévitablement être réalisée de manière inter-ou multidisciplinaire.

Ce modèle socio-écologique est entre autres appuyé par le concept de « **Prévention Souhaitable**<sup>6</sup> » qui 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 « offensives » 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 formation avancée, que dans le développement des protocoles. C'est également la vision que nous avons tenté de transmettre aux hôpitaux lors des séances de formation et pour l'élaboration de leurs protocoles VIF.

### 3.2 Formation avancée

#### 3.2.1 Contenu de la formation avancée

Dans la partie néerlandophone du pays, la formation avancée consistait cette année d'un ensemble de 28 heures de formation étalées sur quatre journées ayant chacune un contenu spécifique. La première journée est axée sur les définitions de la VIF, les risques et les conséquences de celle-ci, le dépistage des situations (reconnaissance des signaux et symptômes, questions à poser, manière d'y répondre) ainsi que sur la maltraitance à l'égard des personnes âgées. La deuxième journée abordait

<sup>5</sup> DiClemente, Salazar, Crosby et al, 2005

<sup>6</sup> Vettenburg, Burssens, Melis, Goris, Van Gils, Verdonck & Walgrave, 2003

les thèmes suivants : la maltraitance infantile, l'orientation adéquate, l'aide aux auteurs, les protocoles VIF (sous forme de débat) et l'agressivité à l'égard des soignants. La troisième journée comportait une simulation du protocole de l'Hôpital Universitaire de Gand, suivi d'un débat sur les outils VIF à destination des professionnels, sur le développement et l'implémentation de plans d'action VIF. Enfin, la quatrième journée comportait un exposé sur le cadre juridique et un temps d'intervision sur les plans d'action et ce en vue de permettre aux participants de présenter l'état d'avancement de leur protocole et d'en discuter en équipe.

Contrairement à l'année passée, seulement quatre hôpitaux sur les dix ayant participé précédemment à la sensibilisation ont décidé de participer à la formation avancée. La principale raison de cette faible participation réside dans le fait que l'investissement demandé paraît trop important, surtout à la lumière des procédures actuelles d'accréditation. Les hôpitaux en Flandres estiment être sollicités de manière excessive par les différentes instances fédérales et régionales ainsi que d'autres projets et recherches. Au vu du manque de compensation financière prévu dans le cadre de cette formation avancée, ils se sont dès lors fixés d'autres priorités que celle de ce projet.

### 3.2.2 Evaluation de la formation avancée

#### **Profil des participants**

Le nombre de participants à la formation avancée ayant complété l'évaluation a oscillé légèrement en cours de formation. Le premier jour, 21 participants ont rempli le formulaire d'évaluation, respectivement 18 participants pour les trois autres jours. Le public était essentiellement féminin, soit un rapport de 17 femmes pour 4 hommes. La plupart des participants étaient âgés entre 26 et 50 ans. Ils se répartissent de la manière suivante : six dans la catégorie 26-30 ans, six dans la catégorie 31-40 ans et enfin six autres dans la catégorie 41-50 ans.

En ce qui concerne les fonctions professionnelles, ce sont les infirmiers (9) et les infirmiers en chef (2) qui étaient les plus représentés, suivis par les assistants sociaux (3) et les psychologues (3). Deux accoucheuses, 1 gynécologue et 1 ergothérapeute ont également participé à la formation avancée. En outre, différents services sont concernés par la formation avancée. On comptait 4 personnes de la pédiatrie, 3 de la maternité et 1 de la gynécologie, 3 du service des urgences, 3 de la gériatrie. Par ailleurs, quatre personnes ont mentionné travailler dans différents services, 1 dans le service de l'accompagnement des patients, 1 dans le service social, 1 dans l'équipe de soutien («supportteam») et 1 en psychiatrie («PAAZ»). Le groupe des assistants sociaux et celui des infirmiers travaillent, pour ce qui est de la fonction, tant de manière transversale que dans les services les plus divers. Il s'agit donc, comme l'année dernière, de figures clés par excellence. En ce qui concerne l'ancienneté dans le service, le profil des participants est également assez diversifié : 3 personnes ont moins d'1 an d'expérience dans leur service et 4 personnes en ont plus de 20 ans. Globalement, on peut avancer qu'un peu moins de la moitié des participants a entre 6 et 20 ans d'ancienneté, la plupart se situant entre 1 et 5 ans d'expérience dans le domaine professionnel qui est le leur.

#### **Expérience des participants en matière de violences intrafamiliales**

La plupart des participants indiquent que seulement une minorité de patients (moins de 10 patients par mois) parlent spontanément de VIF en consultation. Lors des évaluations suite aux différentes

journées de formation, il apparaît clairement que les participants suspectent davantage de cas de violences, ce qui témoigne d'une plus grande vigilance à l'égard de cette problématique et d'une meilleure détection du problème. De plus, en cours de formation, les participants déclarent prendre des initiatives et oser aborder le sujet tant avec les patients qu'en équipe, alors qu'au début de la formation, ils se limitaient essentiellement à orienter, écouter et informer le patient. Les principaux motifs avancés par les participants pour expliquer ce changement de comportement lors d'une suspicion de VIF relèvent du bien-être et de la sécurité du patient ainsi que de ses enfants.

Un constat interpellant par rapport aux questions posées dans cet item de l'évaluation : nombreux sont les participants qui n'ont pas répondu à ces questions ou ne l'ont fait que partiellement. Une explication possible à ce faible taux de réponse réside dans le fait que les participants ont éprouvé des difficultés à fournir les estimations demandées. Par ailleurs, il est également plausible que les personnes qui y ont répondu sont précisément celles qui adoptaient déjà une attitude proactive en matière de VIF et qui ont pu dès lors compléter aisément les données demandées. Ces résultats sont donc à considérer avec réserve ; c'est pourquoi nous mentionnons dans le rapport les valeurs absolues des données manquantes.

#### **Degré de satisfaction des participants**

Pour la première journée de formation, la majorité des participants attribue un score de « bien » à « très bien » tant au contenu théorique qu'aux outils didactiques et l'accueil qui leur a été réservé. Aucune partie de la formation n'a obtenu un score « peu » ou « très peu » satisfait .

Les résultats de l'évaluation de la deuxième journée sont quant à eux plus disparates. Deux sessions ont été très bien cotées, à savoir celle sur la maltraitance infantile (session 1) et celle sur l'agressivité à l'égard des soignants (session 4). La session ayant trait à l'orientation efficiente des patients a suscité peu d'intérêt chez les participants et celle sur l'aide aux auteurs a été moyennement appréciée.

Dans l'évaluation de la troisième journée, la session relative à la simulation du protocole de l'UZ-Gent sort du lot. 33,3% des participants en sont satisfaits et 66% en sont même « très » satisfaits. Les autres sessions de cette journée ont également été très appréciées par la plupart des participants.

La quatrième journée consacrée au cadre juridique et à l'intervision a été estimée très intéressante par les participants.

#### **Impact de la formation avancée sur les compétences des participants**

Un des objectifs les plus importants de la formation avancée consiste à ce que les participants se sentent plus aguerris pour effectivement agir en matière de VIF (screening, détection, accueil et orientation) et pour effectuer les pas nécessaires au développement de leur propre plan d'action.

De l'évaluation de la première journée, il ressort que les participants se sentent parfaitement capables d'expliquer ce qu'est la VIF, d'indiquer les risques et conséquences potentiels ainsi que de poser des questions spécifiques. Reconnaître les signes et symptômes, tant auprès des victimes que chez les auteurs, de même qu'accueillir les victimes sont également des compétences qu'ils semblent maîtriser. Ils se sentent toutefois moins bien préparés à documenter correctement la violence. Ceci est à mettre en relation éventuellement avec le fait que tous les hôpitaux participants sont actuellement en voie de passer du dossier-papier au dossier électronique. De plus, la plupart des participants n'exercent pas la profession de médecin et ont, par conséquent, moins de responsabilités dans ce domaine.

Des formulaires d'évaluation des journées 2, 3 et 4, il apparaît que la majorité des participants se sentent généralement « plutôt bien » à « très bien » à même d'appliquer les différents contenus abordés lors de la formation à leur pratique. Seule une minorité de participants ne s'estime que « plutôt peu » apte à le faire. Lorsque l'on analyse graphiquement l'auto-évaluation des participants quant à l'évolution de leurs compétences sur les trois journées, nous constatons clairement, une ligne ascendante allant de « plutôt bien » à « très bien » pour la plupart des contenus de formation. Ceci signifie que les participants se sentent progressivement mieux préparés à agir dans le domaine de la VIF et celui des plans d'action. Les contenus qui obtiennent un score très élevé sont les suivants : expliquer ce qu'est la VIF, poser des questions, reconnaître signaux et symptômes dans tous les groupes-cible, si ce n'est toutefois pour les personnes âgées et les auteurs où il subsiste quelques écueils. Il est remarquable que malgré l'évaluation négative de la session traitant de l'orientation efficiente des patients, les participants se sentent par contre bien préparés à orienter les victimes et, dans une moindre mesure, les auteurs. Gérer l'agressivité des patients à l'égard des soignants est un thème avec lequel les participants ne se sentent pas encore tout à fait à l'aise. Par contre, l'accueil et les soins adéquats à proposer aux victimes sont des items pour lesquels on note une forte évolution positive de l'auto-évaluation des compétences au terme des trois journées de formation ; la cotation « bien » l'emporte au score. Le sentiment d'adopter la fonction de personne de référence et d'implémenter un plan d'action en hôpital a également fortement évolué, avec un score élevé en fin de la formation. La collaboration avec la police et la justice et l'attention portée à ces aspects au niveau des protocoles VIF sont d'autres éléments vis-à-vis desquels les participants se sentent capables de les envisager de façon optimale.

#### **Suggestions pour l'avenir**

Au terme de chaque journée de formation, les participants nous ont signalé, tant par écrit qu'oralement, qu'il y avait énormément d'informations à intégrer sur un laps de temps limité. Cette année encore, cette limite contraignante de temps est pointée, limite de temps qui a déjà été signalée à d'innombrables reprises aux instances compétentes. A nouveau, il nous a été clairement demandé d'augmenter la durée de formation pour permettre l'approfondissement de certains aspects de la formation (intervision et discussion de cas). Certains participants mentionnent avoir besoin de davantage d'interventions orientées vers la pratique et marquent encore une hésitation quant à se lancer dans la réalisation de leur plan d'action. Quelques participants auraient souhaité qu'une attention particulière soit portée au rôle que devraient tenir les différents niveaux hiérarchiques concernés par la politique hospitalière en matière de VIF.

La majorité absolue des participants indique qu'une suite à la formation avancée leur paraît utile. Ainsi, 91,7% des participants le déclaraient lors de la troisième journée et 80% lors la quatrième.

### **3.3 Développement des protocoles**

#### **3.3.1 Description du développement des protocoles**

Par rapport à l'année dernière, moins d'hôpitaux de la partie néerlandophone du pays sont disposés à réaliser les étapes proposées dans le cadre de ce projet. Les raisons invoquées par ceux-ci sont quasi toutes similaires : le centre hospitalier est submergé par des demandes externes qui entraînent une surcharge de travail pour le personnel hospitalier, le projet ne cadre pas avec leur planning en regard des courts délais impartis, le projet requiert un trop grand investissement sans que d'autres

ressources ne soient disponibles et enfin, le centre hospitalier a actuellement d'autres priorités plus urgentes que celle des VIF.

Les quatre centres hospitaliers qui se sont inscrits à la formation avancée ont parcouru les différentes étapes prévues dans le cadre du développement des protocoles. Ils ont été conseillés de façon adaptée à leurs besoins et ont reçu des fascicules explicatifs, des directives et des outils tant in situ, que par téléphone et par mail. A la suite de l'analyse du contexte et de l'évaluation des besoins réalisées en hôpital avec le groupe de travail interne VIF, de février à mars 2012, nous avons une première idée de la situation actuelle et de celle souhaitée à l'avenir.

Ensuite, pendant les 3 premiers jours de formation (mars, avril et mai), des données concrètes ont été présentées aux participants afin qu'ils soient en mesure de développer leur protocole et d'établir leur plan d'action. Après la troisième journée de formation, les participants ont réalisé en interne une analyse-SWOT avec leur groupe de travail. Ils ont élaboré une première version de leur plan d'action sur base de cette analyse-SWOT et à l'aide d'un guide pratique destiné à l'élaboration d'un plan d'action VIF et de deux interventions in situ avec les deux coordinateurs de projet (juin et septembre). Lors de la quatrième journée de formation, en septembre, ils ont présenté cette version à tous les participants pour commentaires et suggestions.

Au terme de la formation avancée et du développement des protocoles, les centres hospitaliers disposaient encore d'une semaine pour finaliser leur plan d'action et le transmettre pour la fin septembre. Le plan d'action ainsi élaboré reflète la vision du protocole final et définit quelles étapes seront réalisées en interne et externe pour y parvenir.

12

Trois des quatre centres hospitaliers ont adopté l'approche VIF multidisciplinaire et holistique/intégrée pour leur plan d'action. Au final, ces trois centres souhaitent progressivement s'intégrer avec leurs protocoles à un réseau efficace d'acteurs-clés VIF de leur région et ce, indépendamment du fait que leur protocole soit développé pour un nombre restreint de formes de violence, de services ou vise simplement tout le centre hospitalier. Le dernier hôpital préfère dans les années à venir mettre l'accent sur les victimes plutôt que sur l'approche holistique/intégrée de la violence.

Les plans d'action varient d'un centre hospitalier à l'autre. Cela est particulièrement vrai pour l'approche VIF : certains centres commencent avec quelques services-clés tels le service mère/enfant, les urgences, la gériatrie, la pédiatrie et/ou la psychiatrie et préfèrent étendre le protocole à l'ensemble du centre seulement après évaluation approfondie. D'autres optent pour une application immédiate à tout l'hôpital, toutefois progressivement, et ce en plusieurs phases. On note également des différences au niveau des timings proposés, allant d'une mise en place rapide et intensive du plan, jusqu'à un échelonnage progressif de mise en route de ce système, en terme d'années. Toutefois, les différents centres prévoient en 2013 la mise en œuvre d'un ou plusieurs points de leurs protocoles VIF.

### 3.3.2 Évaluation du développement des protocoles

Le développement des protocoles a été évalué brièvement après chaque entrevue en hôpital, par écrit ou par téléphone. En outre, à la fin du projet, il a été demandé aux participants de compléter un formulaire d'évaluation et de le remettre lors du dernier jour de formation. Comme pour la formation avancée, le profil des répondants a été inventorié. Ensuite, nous avons évalué leur degré de satisfaction par rapport aux différentes étapes proposées pour le développement des protocoles. Dans une troisième partie, nous avons sondé l'impact de l'accompagnement proposé par les formateurs sur leur capacité à implémenter un plan d'action VIF en hôpital. Nous leur avons également demandé quelles conditions leur semblaient nécessaires pour la mise en œuvre de protocoles VIF. Enfin, ils devaient se prononcer sur l'utilité d'une suite à la formation et faire part de suggestions d'amélioration ainsi que de points d'attention qu'ils aimeraient communiquer aux politiques concernant l'approche VIF dans les centres hospitaliers.

La formation a été évaluée très positivement tant qu'au niveau global qu'au niveau des différentes étapes du projet. Globalement, 86% des répondants l'ont scorée « bonne », voire « très bonne ». On enregistre ce même pourcentage pour les différentes étapes. Il n'en demeure pas que, tout comme l'année passée, lors de la dernière journée de formation, certaines personnes ont signalé qu'elles ne se sentaient pas à même de développer des protocoles et un plan d'action dans leur rôle actuel. Quelques participants ont mentionné que, malgré la description claire du projet indiquée dans la lettre d'invitation en début de projet, le message ne leur a pas été correctement transmis par leur direction. Ce point a également été évoqué par les coordinateurs de projet lors de l'accompagnement des protocoles. Par conséquent, nous insistons à nouveau sur le fait qu'à l'avenir davantage de temps doit être prévu non seulement en vue de mieux informer les centres hospitaliers de l'engagement requis mais aussi pour aider les responsables à choisir de façon efficace les personnes qui participeront à la formation avancée et au développement des protocoles. Cela nous semble une condition essentielle à la mise en œuvre de plans d'action. Dans le planning et le budget actuel, cela n'est pas réalisable.

Enfin, la durée du projet a aussi été remise en question. En effet, la majeure partie du projet, à savoir le développement du plan d'action, a lieu pendant les vacances d'été, ce qui déforce le projet. Ce constat renforce la proposition que nous avons déjà émise l'année passée : la durée du projet doit être plus de 10 mois afin que l'élaboration du plan d'action ne se déroule pas pendant les vacances d'été. Cela permettra aussi d'augmenter le nombre de séances de suivi personnalisé de telle manière à améliorer la qualité et le monitoring du plan d'action.

Enfin, l'impact de l'accompagnement proposé sur la capacité des participants à élaborer un plan d'action et à développer un protocole a été évalué positivement par la majorité des participants. Quelques participants se sont néanmoins montrés plus prudents quant à l'évaluation de leurs propres capacités. Personne, cependant, n'a indiqué qu'il ne pourrait pas le faire.

### 3.3.3 Conditions nécessaires à la mise en œuvre de protocoles

Les hôpitaux concernés par le projet ont formulé des conditions annexes à la mise en œuvre de protocoles en milieu hospitalier. Tous les répondants sont unanimes sur le fait que l'engagement de la direction, des médecins et du personnel hospitalier est une condition absolument nécessaire pour

la réussite de ce type d'action. Pour un peu moins d'un tiers des répondants, l'engagement de la direction est déjà existant. Cela signifie que pour environ 72%, cela n'est pas encore le cas. Il est donc important d'œuvrer d'abord à la création d'une base solide au projet. Ce travail consisterait également en une sensibilisation urgente des médecins et du personnel hospitalier au sein des services qui sont le plus en contact avec les patients et/ou collaborateurs VIF, mais au final aussi de l'ensemble des membres du personnel hospitalier.

En ce qui concerne l'aspect financier, à l'unanimité, il se dégage qu'un soutien financier en interne et en externe est indispensable pour le développement et la mise en œuvre de protocoles et ce pour 94% des répondants. Le support financier interne est utile, entre autres, pour proposer des formations sur l'approche VIF et engager du personnel supplémentaire pour le dépistage VIF. Un aspect non abordé lors de l'évaluation écrite, mais qui a été évoqué oralement par tous les participants réside dans le fait que le suivi de la formation avancée, l'accompagnement et le développement du plan d'action a pris énormément de temps, en plus de leur travail journalier, et ce sans qu'il n'y ait compensation ou récupération possible. Ce volet relève également de la contribution interne.

Sans un soutien financier externe, les centres hospitaliers estiment qu'il est ardu de développer des protocoles VIF et de les mettre en application. Lors de l'évaluation orale, les participants ont ajouté que les centres hospitaliers sont fortement sollicités par les instances régionales et fédérales et qu'ils le sont aussi pour l'accréditation. Ils sont dès lors dans l'impossibilité de répondre à toutes les demandes ou interpellations. Par ailleurs, une analyse de coûts-bénéfices est de plus en plus souvent réalisée et les hôpitaux choisissent en fonction de leurs priorités. C'est un aspect qui ne doit être perdu de vue pour la mise en place de projets futurs en matière de VIF et d'accompagnement des établissements hospitaliers.

Enfin, 94% des répondants ont également précisé qu'un accompagnement externe en continu est une condition essentielle à l'implémentation de leurs protocoles VIF. Ils envisagent cet accompagnement principalement sous forme d'évaluations et d'adaptations éventuelles des protocoles en question de même que par le biais d'interventions régulières sur l'approche des patients VIF et d'un suivi des personnes-clés.

#### 3.3.4 Suggestions pour le futur

La majorité des répondants a indiqué qu'une suite à l'accompagnement des protocoles leur semble nécessaire et indispensable. Près de trois quart d'entre eux le justifient par le fait que le développement et le suivi des protocoles seront alors sous contrôle et seront ainsi garantis. Pour d'autres, c'est une manière de garder une motivation importante par rapport au projet et une occasion de comparer les protocoles entre hôpitaux participants.

La moitié des participants a suggéré d'optimiser l'accompagnement à l'avenir. D'une part, cela consisterait à mobiliser une plus grande équipe par centre hospitalier. Conformément aux conditions annexes, il s'agirait également d'impliquer davantage la direction, les médecins et le personnel hospitalier. D'autre part, les participants souhaitent un accompagnement plus fréquent, plus long et

implémenté d'interventions pratiques. Cela signifierait que les coordinateurs de projet devraient davantage adopter un rôle d'encadrement plutôt que de consultant dans le centre hospitalier.

### 3.3.5 Points d'attention à destination des pouvoirs publics

Les points d'attention correspondent à ce qui a été décrit ci-dessus :

1. Il est indispensable d'attribuer un **soutien financier** aux centres hospitaliers qui élaborent des plans d'action et qui appliquent des protocoles VIF. Certains suggèrent de prévoir un équivalent temps plein par centre hospitalier. Un hôpital a calculé que la mise en œuvre d'un plan d'action dans les années à venir coûterait au minimum 30.000€ par an, soit un montant qu'un centre hospitalier ne peut pas financer seul, surtout s'il n'y a pas d'accompagnement ultérieur. Rappelons ici que les centres hospitaliers se trouvent actuellement dans une situation particulière et qu'ils sont submergés par de multiples demandes et interpellations auxquelles ils sont dans l'impossibilité d'y répondre. Ils sont dès lors obligés de faire un choix en fonction des priorités en interne et des retours financiers qu'elles génèrent.
2. Dès lors, pour les répondants, il est indispensable qu'en plus d'un soutien financier, des outils spécifiques soient développés pour **convaincre la direction des hôpitaux** de l'importance de la problématique VIF et de la nécessité de participer au projet. Il s'agirait aussi de les sensibiliser au besoin d'apporter le support nécessaire, de recruter les "bonnes" personnes au sein de leur institution et de leur offrir la possibilité de s'y engager. Comme évoqué précédemment, ces outils devraient s'adresser également à d'autres membres de l'encadrement, aux médecins et au personnel hospitalier.
3. Pour les centres hospitaliers qui s'inscriront à l'avenir à ce projet, une durée plus longue pour la formation avancée et le développement des plans d'action est à prévoir avec une alternance régulière entre accompagnement, formation et développement des plans d'action. Le timing actuel du projet est beaucoup trop court et le développement des plans d'action se déroule pendant les vacances d'été, ce qui ne facilite pas le processus.
4. En outre, plusieurs répondants suggèrent que les pouvoirs publics soient plus attentifs à la problématique de l'agressivité à l'égard des soignants et que ce thème fasse partie de ce projet.
5. Par ailleurs, selon les répondants, il semble nécessaire de stimuler **les services spécialisés** VIF à collaborer, à trouver des solutions pour raccourcir les listes d'attente et améliorer l'orientation et la concertation. Actuellement, il est courant qu'un patient ou un collaborateur doive être transféré au sein d'un hôpital mais que cela s'avère impossible tenant compte des longues listes d'attente, de l'indisponibilité aux heures d'affluence, des fusions, etc.



6. Enfin, les répondants ont précisé que l'évaluation des centres hospitaliers devrait plutôt se faire sur base des **processus** que sur les résultats obtenus, étant donné que les changements sont lents mais avérés. Chacun des participants a signalé que non seulement pour lui-même mais aussi dans son hôpital – avec des différences entre centres - une dynamique s'était créée autour des VIF, que l'on peut maintenant mieux aborder le problème, mais que les conditions annexes à l'élaboration de plans d'action sont indispensables pour garantir une mise en œuvre de qualité.