

Manuel de formation de base sur la violence intrafamiliale et sexuelle, destiné au personnel soignant des hôpitaux belges

Ines Keygnaert, ICRH-UNIVERSITÉ DE GAND

Christine Gilles, CHU ST PIERRE

Kristien Roelens, UNIVERSITÉ DE GAND & UZ GENT



service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT



Universitair Ziekenhuis Gent



CHU Saint-Pierre | UMC Sint-Pieter



UNIVERSITEIT
GENT



ICRH



Keynaert I, Gilles C, Roelens K (2015)

***Manuel de formation de base sur la violence intrafamiliale et sexuelle,
destiné au personnel soignant des hôpitaux belges.***

ICRH-UGent, CHU St Pierre & UZ Gent à la demande du SPF Santé Publique, Gand.

ISBN 9789078128380

EAN 9789078128380

Pourquoi cette formation de base?

Ce manuel explicite comment donner une formation de base au sujet de la violence intrafamiliale et sexuelle au personnel soignant des hôpitaux belges.

La violence sexuelle et intrafamiliale constitue un problème de santé publique au niveau mondial et touche également beaucoup de personnes en Belgique. Ces violences peuvent entraîner l'apparition de multiples problèmes de santé psychiques, physiques, sexuels et reproductifs.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [1-3], notamment, souligne le rôle central joué par le secteur de la santé dans l'approche globale de la violence sexuelle et intrafamiliale, tant d'un point de vue préventif que curatif.

Le Plan d'Action National de lutte contre la violence entre partenaires et d'autres formes de violences intrafamiliales (2009-2014) prévoyait, avec le soutien du SPF Santé Publique, l'organisation de formations destinées au personnel soignant des hôpitaux belges. Depuis 2009, plusieurs formations de base, continues et approfondies ont été organisées dans le contexte des hôpitaux belges pour aborder la violence intrafamiliale (VIF) et la violence sexuelle (VS).

Ce manuel et la présentation de la formation de base qui l'accompagne sont par conséquent basés sur des formations données par l'ICRH-Université de Gand et l'UZ Gent (l'hôpital universitaire de Gand) dans la partie néerlandophone du pays de 2009 à 2015 et en 2014-2015 en collaboration avec le CHU Saint-Pierre dans la partie francophone du pays. Ils ont également été testés lors de ces formations.

Ce manuel et la présentation de la formation de base ont pour but de permettre au personnel soignant ayant participé à la formation continue et/ou à la formation approfondie de sensibiliser d'autres soignants sur la façon d'aborder la violence intrafamiliale et la violence sexuelle au sein des hôpitaux belges. La formation de base est constituée de deux modules de 60 minutes chacun : la première partie décrit la violence intrafamiliale et la violence sexuelle. La seconde partie décrit la façon de prendre en charge la violence intrafamiliale et la violence sexuelle auprès de ces patients.

À qui s'adresse cette formation de base ?

Cette formation de base s'adresse au personnel soignant et autre personnel du milieu hospitalier confronté à des patients vivant des situations de violence intrafamiliale et/ou de violence sexuelle.

Cette formation de base a pour but :

1 d'avoir une meilleure vue sur ce en quoi consiste ces formes de violence ;

- 2 de donner une première piste de prise en charge en cas de signaux et de symptômes éventuels ;
- 3 de proposer quelques outils pour une communication appropriée avec des patients impliqués dans de telles situations.

Retour d'information

Tout retour d'information sur ce manuel et la présentation est le bienvenu et peut être transmis au dr. Ines Keygnaert du ICRH-Université de Gand : ines.keygnaert@ugent.be et Dr. Christine Gilles du

CHU St Pierre : christine_gilles@stpierre-bru.be. Ces retours d'information seront pris en compte dans un remaniement éventuel du présent texte.

Matériel requis

- » Manuel sur papier ou sur support électronique
- » Présentation de la formation de base sur clé USB ou autre support

- » Un endroit suffisamment lumineux où les chaises peuvent facilement être déplacées, de préférence sans tables fixes.

Préparation

- » Préparez la présentation PowerPoint et vérifiez si vous pouvez sans problème avancer ou reculer vos diapositives.
- » Avant de démarrer, gardez sur l'écran la première page de la présentation.
- » Placez les chaises de sorte à pouvoir facilement les déplacer pour permettre l'interaction avec et entre les participants.
- » Prévoyez de quoi boire.

Qu'est-ce que la violence intrafamiliale et sexuelle ?

 60 min.

I. Introduction

Poivre & sel

 7 min.

Sans vous présenter ou présenter le projet, demandez aux participants, ou, en cas d'un groupe trop nombreux, à deux rangées de participants, de se présenter de la façon suivante :

- 1 Quel est votre prénom ?
- 2 Comment vos parents vous appelaient-ils quand vous étiez enfant ?
- 3 Et par quel petit nom votre partenaire vous appelle-t-il dans la vie de tous les jours ?

Chaque participant se présente de façon succincte. Remerciez-les à chaque fois. Finalement, présentez-vous de la même façon.

Demandez brièvement comment les participants ont perçu cette question. Evoquez la possibilité que ces questions soient trop intimes à partager pour certains ou que cela soit une information bizarre à partager avec des inconnus, etc.

Expliquez dans ce contexte que chaque personne a des identités différentes, des relations différentes et qu'il peut être perçu de façon différente au sein de ces différentes relations. Quand le personnel soignant interroge un patient sur des faits de violence intrafamiliale ou sexuelle, il traite de relations et d'identités que ce patient n'a pas forcément l'habitude ou le désir de partager avec un(e) inconnu(e). D'autant plus que le patient n'est pas seulement impliqué dans une situation de violence mais qu'il/elle présente aussi plusieurs autres identités : parent, enfant de, profession, passe-temps, etc. Ces aspects jouent également un rôle dans la façon de traiter la situation de violence de façon adéquate.

Contexte de la formation

 3 min.

Continuez jusqu'à la diapositive reprenant l'introduction de cette formation de base et expliquez brièvement le déroulement de la formation.

II. Définitions de la violence 10 min.

Introduction

Demandez à trois participants de décrire brièvement un cas de violence rencontré lors de leur carrière au sein de l'hôpital. Demandez-leur d'identifier les types de violence qu'ils reconnaissent dans les cas décrits. Inscrivez ces types de violence au tableau en les classant d'emblée dans trois colonnes sans toutefois ajouter de titre.

- 1 La première colonne contient les différentes expressions de la violence (violence physique, psycho-émotionnelle, sexuelle ou socio-économique).
- 2 La seconde colonne contient les définitions liées à la relation agresseur/victime et/ou le motif (intrafamilial, maltraitance d'enfant, violence conjugale, etc.).
- 3 La troisième colonne contient les définitions du point de vue société/ contexte (attentat à la pudeur, abus sexuel,...).

Après avoir traité ces trois cas, indiquez l'utilisation de définitions différentes en fonction du point de vue adopté : dans les médias, au travail, à l'hôpital, etc. Ces définitions se classent en trois catégories.

Présentation des définitions 12 min.

Démarrez le sous-titre 2 de la première partie : Définitions formes de violence et parcourez la présentation. Expliquez que ces formes de violence interpersonnelle révèlent un conflit d'(im)puissance. Il s'agit de différentes manifestations de violence pouvant

surgir seules ou combinées et exécutées de façon passive ou active. La personne qui les subit considère ces actes comme indésirables et n'a pas donné un consentement éclairé, ou n'était pas en mesure de donner un tel consentement (par exemple à cause de son âge, de son état mental, consommation de drogue, torture,...).

En fonction :

- 1 du type et de la combinaison éventuelle des manifestations de violence subies par la victime ;
- 2 de la motivation de l'agresseur à commettre des actes de violence au sein de la relation qu'il/elle a avec la victime ;
- 3 du contexte dans lequel ont lieu ces manifestations de violence et de l'interprétation sociale de ces faits, de la motivation et de la réaction sociale appropriée .

les mêmes manifestations de violence peuvent être désignées de façons différentes.

Un premier point de vue est celui des manifestations concrètes de violence subies par une victime. Nous distinguons quatre types : la violence physique, la violence psycho-émotionnelle, la violence sexuelle et la violence socio-économique.

Violence physique

- Pincer, mordre
- Battre, tirer, pousser, donner des coups de pied, secouer
- Etrangler, ligoter
- Pousser dans les escaliers ou par la fenêtre
- Traîner
- Menacer ou mutiler à l'aide d'une arme (tels un couteau, un fusil, des objets contondants, etc.)
- Causer des coupures, brûlures, blessures par balles, fractures ou lésions internes
- Administrer de l'alcool, des drogues et/ou médicaments de façon inutile et inappropriée
- Torturer
- Tentative de meurtre et meurtre
- Trafic d'organes, de parties du corps, etc.
- Esclavage physique

La violence physique est différente d'un accident.

Violence psycho-émotionnelle

- Violence verbale (maudire, jurer, reprocher, accuser fausement, insulter etc.)
- Humiliation (harceler, diminuer, rejeter, manquer de respect, émettre des commentaires racistes ou discriminatoires, mentir, ignorer, renier, etc.)
- Menaces (comportement dangereux dans le but

d'effrayer ou d'intimider, ingérence dans l'espace privé, destruction d'objets, etc.)

- Incarcération : restrictions à la liberté (interdiction de quitter la maison, de parler sa langue maternelle, d'entretenir des contacts avec autrui ; enfermer la victime, lui prendre son argent pour l'empêcher de subsister à ses propres besoins primaires, etc.)
- Violence relationnelle (interdire de voir ses enfants, infidélité, épouser une tierce personne, détruire des relations familiales, etc.)

Violence sexuelle

« Par violence sexuelle, on entend tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigé contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte.» [4]

Selon le degré de contact physique et l'intention de l'acte de violence, la violence sexuelle peut être catégorisée en 6 types de violence :

- 1 **Harcèlement sexuel** (sans contact physique) -
Toute avance sexuelle malvenue, généralement répétée et sans réciprocité, attention sexuelle non sollicitée, demande d'accès ou de faveurs sexuels, allusion sexuelle ou autre comportement verbal ou physique de nature sexuelle (UNHCR, 2003). Il s'agit entre autres :
 - d'avances ou invitations sexuelles non-sollicitées
 - d'intimidation sexuelle
 - d'être forcé(e) à regarder des images/films pornographiques
 - d'être forcé(e) à regarder quelqu'un avoir des rapports sexuels ou se masturber
 - d'être forcé(e) de se déshabiller dans un contexte sexuel
- 2 **Abus sexuel** (contact physique sans pénétration)
Avance physique concrète ou menace d'avance d'ordre sexuel, par la force ou sous des conditions d'inégalité ou forcées. Il s'agit entre autres de :
 - toucher
 - pincer
 - tâter
 - palper
 - embrasser
- 3 **Tentative de viol** (tentative de pénétration par un objet ou une partie du corps)

4 **Viol** (pénétration par un objet ou une partie du corps) – La pénétration de toute partie du corps par un organe sexuel, ou de l’orifice génital ou anal de la victime par un objet quelconque ou toute partie du corps par la force, la menace de violence, la contrainte, l’exploitation de situations forcées ou de toute personne dans l’incapacité de donner un consentement véritable (Cour internationale). Il s’agit entre autres de :

- viol simple (oral, vaginal, anal, autre orifice du corps)
- viol multiple (plusieurs orifices, plusieurs fois)
- viol collectif (par plusieurs personnes en même temps ou de façon consécutive)
- avortement forcé
- relations sexuelles forcées avec le/la partenaire/époux(se)

5 **Exploitation sexuelle** (pénétration par un objet ou une partie du corps) – Tout abus d’une situation de vulnérabilité, de différence de pouvoir ou de confiance à des fins sexuelles, y compris le fait de profiter momentanément, sur le plan social ou politique, de l’exploitation sexuelle d’une autre personne (IASC). Il s’agit entre autres de :

- prostitution forcée (imposée par autrui)
- Rappports sexuels transactionnels pour survivre : en échange de nourriture, de vêtements, d’argent, de papiers, etc. (même s’il s’agit du choix de la victime-même faute d’autres options)
- abus de pouvoir sexuel par un membre du personnel soignant professionnel
- mariage forcé pour raison sexuelle

6 **Violence sexuelle comme arme de guerre/pratique de torture** – Tout acte ou menace d’ordre sexuel provoquant une profonde souffrance physique ou mentale dans le but d’obtenir des informations, une confession ou une punition de la part de la victime ou d’une tierce personne, d’intimider la victime ou une tierce personne ou d’éradiquer en partie ou entièrement une entité nationale, ethnique, raciale ou religieuse. Il s’agit d’un crime contre l’humanité et consiste en des actes de :

- viol
- esclavage sexuel
- avortement forcé
- stérilisation forcée
- grossesse forcée
- grossesse forcée portée à terme
- éducation forcée d’un(e) enfant

Violence socio-économique

La violence socio-économique refuse à une personne l’accès à l’assistance, les possibilités, les services et moyens d’intégration pour des raisons de genre, d’âge, d’ascendance, de religion, de statut légal, etc. Ce type de violence empêche la victime d’exercer ses droits civils, sociaux, culturels et/ou politiques tels qu’ils ont été établis dans les conventions internationales sur les droits humains. [5-7] Il s’agit entre autres

- de discrimination et/ou de refus d’accéder à des opportunités et services
- de refus d’assistance/services (p.ex. médication, soins de santé, assistance sociale, éducation, indemnisation, travail, etc.)
- d’exclusion sociale (refus d’accès à un groupe, une communauté)
- de refus d’assistance ou de protection juridique

Le second type de définitions considère la violence du **point de vue de l’« agresseur-victime »** et interprète la raison pour laquelle l’« agresseur » commet l’acte de violence à partir de sa relation avec la victime. Il s’agit de toutes les manifestations concrètes de violence traitées ci-dessus, mais en les considérant à partir de cette relation et/ou de ce motif.

À partir de cette section il n’y a plus lieu de donner toutes les définitions de façon détaillée, mais uniquement d’aborder les éléments principaux. Vous trouverez les définitions courantes dans le manuel en cas de questions.

La violence lié au genre « consiste en tout acte de violence physique, psychologique ou sexuelle exercé au sein d’une famille, de la société ou perpétré ou toléré par l’état et qui entraîne ou est susceptible d’entraîner un préjudice ou une souffrance physique, sexuelle ou psychologique, y compris la menace de telles actions, la contrainte ou la restriction arbitraire de la liberté d’autrui, que ce soit de façon publique, privée ou dans un contexte de conflit armé. Ces actes sont dirigés vers une personne en raison de son sexe ou genre. » [8]

La violence intrafamiliale Il n’existe à ce jour pas encore de consensus sur une définition internationale ou nationale pour ce type de violence. En Flandre la définition suivante est la plus courante : « L’on comprend par violence intrafamiliale tout comportement coercitif et/ou d’intimidation répété à l’égard d’un membre de la famille ou d’un(e) (ex-)partenaire. Cette violence peut être d’ordre physique, psycho-émotionnel, sexuel et/ou économique, quel que soit l’âge des personnes

concernées. Il s'agit entre autres de maltraitance d'enfant, maltraitance de personnes âgées, violence conjugale, harcèlement, inceste, etc. » [9]

La violence conjugale « consiste en tout comportement, acte et attitude d'un seul ou des deux partenaires ou ex-partenaires visant à contrôler et à dominer l'autre. Il s'agit d'agression, menaces ou actes de violence physiques, psychologiques, sexuels et économiques répétés ou susceptibles à répétition et qui portent atteinte à l'intégrité de l'autre, voire à son intégration socio-professionnelle. Ce type de violence ne touche pas uniquement la victime, mais également l'agresseur et les autres membres de la famille, dont les enfants. » [9]

La maltraitance des enfants. Les équipes SOS Enfants utilisent la définition suivante : « Toute situation où l'enfant/l'adolescent est une victime de violence physique, psychologique ou sexuelle, que ce soit de façon active ou passive. Nous notons en particulier la maltraitance, la négligence et l'abus sexuel. » Dans la pratique ceci mène à la définition suivante : « La maltraitance et la négligence des enfants consiste en toute forme de violence ou de négligence active ou passive subie par des enfants ou des adolescents, non suite à un accident mais suite à des actes ou des négligences de la part des parents, gardiens, autres personnes, institutions ou la société, entraînant ou pouvant entraîner des troubles chez l'enfant et compromettant son développement optimal. » [10]

L'OMS opte pour la définition suivante : « La maltraitance et la négligence des enfants consiste en toute forme de négligence physique et/ou affective, de violence sexuelle, de négligence ou d'exploitation commerciale ou autre portant préjudice ou susceptibles de porter préjudice à la santé, la survie, le développement et l'intégrité d'un enfant et ce dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. » [4]

La maltraitance et la négligence des personnes âgées.

« La maltraitance d'une personne âgée (de 55 ans ou plus) consiste en tout acte ou absence d'action (= négligence) de toute personne entretenant une relation personnelle et/ou professionnelle avec la personne âgée, menant ou susceptibles de mener à un préjudice (récurrent) d'ordre physique et/ou psychologique et/ou matériel et où la personne âgée se trouve dans une situation de dépendance partielle ou totale. » [11]

Des rapports cliniques ainsi que la plupart des institutions internationales légales reconnaissent les types de maltraitance suivants : 1) la maltraitance physique, qui comporte les actes commis dans l'intention de causer une

souffrance physique ou des blessures, 2) la maltraitance psychologique, définie comme ces actes commis dans l'intention de causer une souffrance émotionnelle, 3) l'agression sexuelle, 4) l'exploitation matérielle en abusant de moyens financiers et de la propriété de la personne âgée, et 5) la carence ou la négligence du personnel soignant responsable de répondre aux besoins d'une personne âgée en situation de dépendance. [12]

La violence pendant la grossesse « consiste généralement en une forme de violence conjugale où l'on peut distinguer trois types pendant la grossesse, considérée ici au sens large c'est-à-dire d'un an avant la grossesse jusqu'à un an après l'accouchement [13] :

- 1 Problématique de violence conjugale persistante avec d'éventuelles modifications dans les manifestations de violence (plus ou moins dirigées vers la zone abdominale)
- 2 La grossesse comme facteur protecteur : violence arrêtée aussitôt la grossesse constatée mais très souvent reprise après l'accouchement
- 3 La grossesse comme facteur de risque : la violence débute pendant la grossesse »

Les pratiques culturelles préjudiciables

- 1 **Le mariage forcé** : un mariage arrangé contre la volonté d'au moins un des partenaires.
- 2 **Le mariage infantile** : concerne tout mariage avec une personne âgée de moins de 18 ans. Avant cet âge, un enfant n'est pas en mesure physiquement, physiologiquement et psychologiquement d'assumer les responsabilités du mariage, d'enfanter ou d'assumer la maternité. [14]
- 3 **La mutilation génitale féminine** : comporte toutes les interventions aux parties génitales externes de femmes et fillettes pour des raisons non thérapeutiques. L'OMS distingue quatre types [15] :
 - » Type 1 : la clitoridectomie : ablation partielle ou totale du clitoris (petite partie sensible et érectile des organes génitaux féminins) et, plus rarement, seulement du prépuce (repli de peau qui entoure le clitoris) l'ablation partielle ou totale du clitoris ou du capuchon du clitoris
 - » Type 2 : l'excision : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (qui entourent le vagin).
 - » Type 3 : l'infibulation : rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture, réalisée en

coupant et en repositionnant les lèvres intérieures, et parfois extérieures, avec ou sans ablation du clitoris.

- » Type 4 : toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple, piquer, percer, inciser, racler et cautériser les organes génitaux.

- 4 **La violence liée à l'honneur** : « réfère à tout type de violence mentale ou physique commis à partir d'une collectivité en réaction au déshonneur ou à une menace de déshonneur d'un homme ou d'une femme et par conséquent de sa famille, dont le monde extérieur est (susceptible d'être) au courant. » [14]
- 5 **L'infanticide lié au genre** : l'avortement ou le meurtre de bébés parce que leur sexe/genre est considéré comme inférieur dans une certaine société (surtout des filles).
- 6 **La négligence** d'enfants parce que leur sexe/et ou genre est considéré comme inférieur dans une certaine société.

- Le troisième point de vue est celui de la société** : créer un contexte et interpréter ce qui est acceptable ou pas, décider de ce qu'est un crime et la façon d'y réagir.
- a Nous parlons de violence quand le consentement pour un acte indésirable avec d'éventuelles conséquences néfastes n'a pas été donné ou pu être donné.
 - b Qu'est-ce qu'un crime ?
 - c Quelle est la réaction requise : degré de la sanction, médiation, traitement.

Expliquez que la violence intrafamiliale est un terme parapluie pour les différents types de violence pouvant apparaître seul ou ensemble au sein d'une relation familiale ou conjugale. Donnez les définitions sur papier et parcourez-les.

Expliquez que la violence intrafamiliale se présente souvent comme une interaction dynamique et que la distinction agresseur/victime n'est pas toujours évidente. Il ne revient d'ailleurs pas au personnel soignant d'émettre un jugement. Il/Elle doit toutefois constater les réelles manifestations de violence subies par le patient, attester les conséquences de celles-ci et les traiter. Il/Elle doit également voir avec le patient comment éviter que de telles situations se répètent et veiller à orienter vers l'instance appropriée.

Il est donc important pour le personnel soignant d'avoir la bonne approche et de parler de violence physique, psycho-émotionnelle, sexuelle et socio-économique.

III. Mythes & réalités

🕒 15 min.

En début de section : Répartissez la salle en un côté « d'accord » et un côté « pas d'accord ». Demandez aux participants de prendre place au milieu de la salle et de prendre position pour chacune affirmation. Les positions sont soit « d'accord », soit « pas d'accord », « neutre » n'étant pas permis. Prenez au maximum trois minutes par affirmation, les participants doivent choisir immédiatement. Indiquez après chaque affirmation si elle est vraie ou fausse et expliquez brièvement pourquoi d'un point de vue scientifique. Indiquez qu'un contexte plus large sera donné plus tard dans la présentation et qu'il y aura moyen de poser des questions à ce moment-là.

Thèse 1 : La violence intrafamiliale est plus fréquente au sein de familles d'une classe de niveau socio-économique faible ou d'origine étrangère.

Faux. La violence intrafamiliale surgit tant dans des familles au niveau d'éducation élevé que faible, à revenu élevé, bas, voire inexistant, dans des familles avec des jeunes ou des personnes âgées, d'origine autochtone ou étrangère, des gens profondément croyants ou très athés. En d'autres mots, le milieu joue très peu de rôle dans la violence intrafamiliale, bien que certains contextes fragiles peuvent être plus propices au développement de ces violences. Certains facteurs de risque augmentent par ailleurs la possibilité pour certaines personnes d'être impliquées dans des situations de violence. Ainsi, il est prouvé que des personnes à revenus faibles risquent trois fois plus d'être confrontées à la violence.

Thèse 2 : La violence conjugale est parfois provoquée par la victime.

Vrai. La violence conjugale est rarement noire ou blanche. Souvent les deux (ex-)partenaires savent très bien comment se provoquer mutuellement, quels catalyseurs utiliser, et connaissent très bien les conséquences. Ils se rendent souvent coupables tous deux d'une ou de plusieurs manifestations de violence, parfois plus de la part d'un des partenaires. Il a récemment été prouvé scientifiquement que les femmes prennent souvent les devants dans des cas de violence conjugale verbale et psycho-émotionnelle mais également de violence conjugale physique. Mais, quand l'homme commet des actes de violence physique, les conséquences sont souvent plus graves. [16-18] La violence sexuelle au sein de la violence conjugale est toutefois plus souvent commise par l'homme. La provocation ne justifie toutefois pas des manifestations de violence. De plus, nous savons également que certain(e)s femmes/

hommes préfèrent provoquer la violence afin de contrôler le moment auquel l'explosion de violence arrive pour que la pression puisse aussitôt retomber.

Thèse 3 : L'enfant de parents violents n'en subira pas les conséquences plus tard, tant qu'il ne subit pas lui-même de maltraitance physique.

Faux. D'après des recherches scientifiques, le fait d'être exposé à la violence verbale et/ou physique entre parents et partenaires augmente le risque pour l'enfant (aussi bien garçons que filles) de devenir à son tour victime et/ou agresseur. Quand l'enfant subit personnellement des actes de violence, il/elle court davantage le risque de troubles du développement ainsi qu'une possibilité de revictimisation et de perpétration. Un enfant témoin de violence conjugale entre ses parents subit les mêmes séquelles que s'il la subissait personnellement. La plupart des enfants se trouvent d'ailleurs dans la même pièce ou dans une pièce contiguë.

Thèse 4 : Les patients acceptent bien que le personnel soignant leur demande s'ils sont victimes de violence intrafamiliale ou sexuelle.

Vrai. Des études ont démontré que les femmes n'ont pas d'objections à ce qu'on leur pose des questions concernant leur relation et/ou d'éventuels cas de violence lors d'une consultation gynécologique, aussi bien pendant qu'en dehors de la grossesse. Un dépistage dans ce contexte démontre une baisse du nombre de victimes. Des études supplémentaires sont nécessaires afin de savoir si un dépistage systématique par d'autres services médicaux auprès des femmes, des hommes, des filles et de garçons pourrait avoir une place tant dans le cadre de la prévention que du traitement. Une conclusion concordante n'est pas encore disponible.

Thèse 5 : Il appartient au soignant d'encourager une femme à quitter son partenaire abusif.

Faux. Le soignant doit d'abord se forger une meilleure idée sur la façon dont la femme elle-même se sent. Il explique les différentes actions envisageables et les éventuelles conséquences de celles-ci. Tenez compte du « Stages of Change model ». (voir la partie VII : Reconnaître et situer les signaux et symptômes).

Pour conclure: demandez aux participants de prendre place en disposition théâtre et répétez que les présentations suivantes approfondiront chacun des thèmes.

IV. Prévalence

🕒 13 min.

Parcourez les différents types de violence et leur taux de prévalence spécifiques. Il est important de souligner que les chiffres disponibles en Belgique sont plus élevés que généralement admis. L'on peut donc supposer avec quasi-certitude que tout le monde connaît au moins une personne, même dans sa vie privée, ayant été concernée par une situation de violence : tant intrafamiliale que sexuelle (indépendamment de l'auteur).

V. Risques et conséquences des VIF & VS

🕒 10 min.

Parcourez la présentation sur les conséquences et les facteurs de risque de la violence intrafamiliale en général et la violence sexuelle en particulier. [3,16,19-21]

Risques :

Expérience directe = avoir vécu personnellement des actes de violence comme victime

Expérience indirecte = avoir été exposé à un acte de violence contre une autre personne importante (par exemple ami(e), enfant, pair...) ou aux conséquences d'un tel acte

Il est important de souligner qu'avoir vécu un épisode de violence nous rend plus vulnérable à un prochain épisode de violence et ce autant en tant que victime ou qu'agresseur.

Si les participants demandent plus d'explications : Des études ont démontré que le cycle victime-victime est principalement lié au SSPT (qui empêche entre autres d'évaluer correctement les risques, qui crée d'autres types de réaction, etc.). Le cycle victime-agresseur est beaucoup plus complexe et dépend entre autres de la fréquence de la violence subie, du rapport avec l'agresseur, du mode d'attachement, de la façon de gérer une victimisation préalable, du soutien et des soins reçus, du processus d'acceptation, etc. Selon la littérature scientifique, des « modèles » différents existeraient chez les femmes et chez les hommes, mais cela doit encore être étudié de façon plus approfondie pour les différents types de violence. [16,17,22]

PAUSE

Comment gérer les situations de VIF & VS en tant que soignant ?

 60 min.

VI. En général : axé sur le patient et de façon multidisciplinaire

 5 min.

Parcourez les trois diapositives. Insistez à nouveau, en renvoyant à la « Partie I : Définitions » : les définitions concrètes, sur le fait qu'il n'appartient pas au personnel soignant de juger de la véracité des propos du patient, de déterminer qui est la victime et qui l'agresseur, de déterminer quels sont les détails de la manifestation de violence dans le cadre d'une investigation juridique, etc. Il appartient par contre au personnel soignant d'offrir un traitement/support médical et/ou psychosocial et, le cas échéant, d'aider dans le cadre de l'enquête médico-légale.

Des études ont également démontré qu'il vaut mieux ne pas laisser le patient répéter de façon inutile son expérience des faits pendant une phase aiguë, sauf si le patient-même ressent le besoin de le faire. Quand l'expérience de violence est moins récente, ceci peut aider certains patients dans leur traitement.

VII. Reconnaître les signaux et symptômes de la VIF et VS

 12 min.

Parcourez les différents signaux et symptômes de violence en général et de violence intrafamiliale et sexuelle en particulier. Illustrez à l'aide d'exemples et permettez aux participants de poser des questions..

Insistez sur le fait qu'il faut prendre en compte les listes avec prudence, que bien souvent il n'y a aucun symptôme ou pas de symptôme évident mais plutôt une série de plaintes plutôt vagues. Pour reconnaître la

VIF et la VS il s'agit donc principalement de développer une aptitude sociale. Il faut également vérifier que les signaux et symptômes n'ont pas d'autre origine qu'un acte de violence.

Pour des cas de violence sexuelle, soulignez que souvent, on ne constate pas de lésions génitales chez les (jeunes) adultes. La présence de lésion dépend du nombre d'agresseur et de l'existence concomitante de violence physique.

VIII. Anamnèse du patient au sujet de la VIF & VS

 5 min.

La présentation propose quelques exemples de questions (préliminaires) dont on peut se servir pour parler de violence avec des patients.

Des études scientifiques ont prouvé que les patients ne se sentent pas menacés par des questions sur d'éventuelles violences subies, surtout si cela se fait de façon systématique, comme dans l'anamnèse concernant le poids, l'usage de tabac ou d'alcool. De nombreux patients ont même indiqué que de telles questions font partie de leurs attentes de la part du personnel soignant et qu'ils/elles sont content(e)s quand cela se fait. Si ces questions sont posées de façon systématique, les patients savent aussi qu'ils/elles peuvent y revenir lors d'une prochaine consultation s'ils/elles n'étaient pas encore en état d'y répondre la première fois.

Une étude en 2013 auprès de plus de 800 patients de 18-65 ans aux urgences de l'hôpital UZGent [23] a démontré qu'une réponse hésitante ou négative à la question générale « comment vous sentez-vous à la maison ? » suffisait pour pouvoir aborder lors du suivi les expériences de violence intrafamiliale, et ce tant chez les femmes que chez les hommes.

Dans le cas de femmes enceintes, plusieurs directives proposent un dépistage systématique. Comme il s'agit d'une période où les femmes voient le personnel soignant plus fréquemment, elle est considérée comme une « window of opportunity ».

S'il vous reste assez de temps (25 minutes supplémentaires), vous pouvez compléter cette session par un exercice où l'on traite d'un commun accord d'un cas vécu. L'exercice se fait en groupe de trois participants, le premier prend le rôle de la victime, le second prend celui de personnel soignant et le troisième fonctionne comme observateur. Ce dernier indiquera trois points forts et trois points « faibles » dans la communication avec le patient, suite à quoi les rôles sont interchangeables jusqu'à ce que chaque participant ait joué les rôles de patient et de personnel soignant. Débriefez pendant les jeux de rôle et commentez par la suite l'expérience en groupe

VI. Comment réagir en cas de (non) révélation 🕒 25 min.

Parcourez les diapositives traitant de la meilleure manière de réagir quand le patient révèle ou ne révèle justement pas la VIF ou la VS. Discutez d'abord des dynamiques (Stages of Change model) et dans la partie « révélation », approfondissez surtout le dossier médical, l'attestation médicale et l'évaluation des risques. Vous pouvez consulter les sites suivantes : www.violenceconjugale.be, www.ecouteviolenceconjugale.be, www.sosviol.be.

Pour ce qui est de l'approche de la violence sexuelle, les recommandations internationales stipulent qu'il est souhaitable de prendre en charge les victimes de violence sexuelle de façon globale et multidisciplinaire [2,24-32]. Il faut donc que les réactions policière et juridique aillent de pair avec un volet médical et psychosocial et que tous les intervenants soient

coordonnés au maximum. Des études ont démontré qu'une telle approche fournit les meilleurs résultats dans chacun des domaines ainsi que pour la qualité des soins, le rétablissement plus rapide de la victime et la prévention des possibilités de redevenir victime ou de devenir agresseur [2,24-32]. L'OMS ainsi que d'autres organisations de la santé et revues scientifiques internationales de référence ont émis des directives et des avis concernant le rôle central du secteur de la santé publique dans cette approche holistique de la violence sexuelle, tant d'un point de vue préventif que curatif [1,14,33-37].

Pour aborder concrètement la violence sexuelle, référez-vous à la « Checklist de la prise en charge optimale des victimes de violence sexuelle au sein des hôpitaux belges » [38]. Donnez-en un exemplaire papier ou une version PDF aux participants intéressés.

VII. Discussion en équipe & orientation 🕒 5 min.

Parcourez les diapositives et insistez sur la nécessité d'une approche de la violence intrafamiliale et sexuelle par une équipe multidisciplinaire au sein des hôpitaux. Parcourez rapidement les articles principaux du code civil sur le secret professionnel (partagé) ainsi que les exceptions à ce secret pour les personnes vulnérables. Le traitement du secret médical est une formation en elle-même. Si nécessaire, faites appel à un expert.

VIII. Discussion 🕒 8 min.

Remerciez tous les participants et décrivez comment l'hôpital prend en charge les situations de violence intrafamiliale et sexuelle. Discutez au sujet des besoins, des possibilités, des défis concernant cette problématique.

Références

- 1 WHO: Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. 2003:1-155.
- 2 WHO: *Violence prevention: the evidence*. Geneva: WHO; 2010.
- 3 WHO: *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of partner violence and sexual non-partner violence*. Geneva: WHO; 2013.
- 4 WHO: *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002.
- 5 Keygnaert I, Vangenechten J, Devillé W, Frans E, Temmerman M: *Senperforato Frame of Reference: Prevention of SGBV in the European Reception & Asylum Sector*. Ghent: Magelaan; 2010.
- 6 Keygnaert I: Seksueel geweld tegen vluchtelingen, asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf in België en Nederland. In *Vrouwen onder druk: Schendingen van de seksuele gezondheid bij kwetsbare vrouwen*. Edited by Leye E, Temmerman M. Tiel: Lannoo Campus; 2010:69-89.
- 7 Keygnaert I: *Sexual Violence and Sexual Health in Refugees, Asylum Seekers and Undocumented Migrants in Europe and the European Neighbourhood: Determinants and Desirable Prevention*. Ghent: ICRH-Ghent University; 2014.
- 8 UNHCR: *Sexual and Gender-Based Violence Against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons - Guidelines for Prevention and Response*. Geneva: 2003.
- 9 UN. Beijing Declaration and Platform for Action, Fourth World Conference on Women. 1995.
- 10 Keygnaert I, Van Parys A, Verpoest B, Offermans A, Temmerman M. Aanpak van Intrafamiliaal Geweld in de Belgische Ziekenhuiscontext: vormingsacties voor zorgverleners in opdracht van de FOD Volksgezondheid. Eindrapport 2012. 2012. Ghent, FOD Volksgezondheid.
- 11 Adriaenssens P. definitie kindermishandeling. 2011.
- 12 VLOCO. Definitie ouderenmis(be)handeling. 2015.
- 13 Lachs MS, Pillemer K: Elder abuse. *Lancet* 2004, 364: 1263-1272.
- 14 Van Parys AS, Verhamme A, Temmerman M, Verstraeten H: Intimate partner violence and pregnancy: a systematic review of interventions. *PLoS One* 2014, 9: e85084.
- 15 Leye E, Ysebaert I, Deblonde J, Claeys P, Vermeulen G, Jacquemyn Y et al.: Female genital mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008, 13: 182-190.
- 16 Dutton DG: The case against the role of gender in intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior* 2012, 17: 99-104.
- 17 Straus MA: Gender symmetry in partner violence: Evidence and Implications for prevention and treatment. In *Preventing partner violence: Research and evidence-based intervention strategies*. Edited by Whitaker DJ, Lutzker JR. Washington D.C.: American Psychological Association; 2009:245-271.
- 18 Straus MA: Blaming the messenger for the bad news about partner violence by women: the methodological, theoretical, and value basis of the purported invalidity of the conflict tactics scales. *Behav Sci Law* 2012, 30: 538-556.
- 19 Keygnaert I, Dias SF, Degomme O, Deville W, Kennedy P, Kovats A et al.: Sexual and gender-based violence in the European asylum and reception sector: a perpetuum mobile? *Eur J Public Health* 2014.
- 20 Dutton DG: The complexities of domestic violence. *American Psychologist* 2007, 62: 708-709.
- 21 Jina R, Thomas LS: Health consequences of sexual violence against women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013, 27: 15-26.
- 22 Dutton DG, White KR: Attachment insecurity and intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior* 2012, 17: 475-481.
- 23 Clauwaert M, Keygnaert I, De Paep P: *Screening naar het algemeen welzijn thuis bij alle 18 tot 65-jarige patiënten die zich aanmelden op de spoeddienst van het UZ Gent. Een pilootonderzoek naar familiaal geweld*. 2014.
- 24 Groenen A, Matkoski S: *Partnergeweld: screening en risicotaxatie*. Maklu Uitgevers; 2014.
- 25 Frans E, Keygnaert I: *Make it Work! Training Manual for Prevention of SGBV in the European Reception & Asylum Sector*. Ghent: Academia Press; 2009.
- 26 Frans E, Franck T, Janssen K: *Vlaggensysteem: praten met kinderen en jongeren over seks en seksueel grensoverschrijdend gedrag*. Antwerpen, Apeldoorn: Garant; 2010.
- 27 Centers for Disease Control and Prevention. *Sexual Violence Prevention: Beginning the Dialogue*. 2004. Atlanta, CDC.
- 28 Martin SL, Young SK, Billings DL, Bross CC: Health care-based interventions for women who have experienced sexual violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2007, 8: 3-18.
- 29 Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI: Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. *Am J Psychiatry* 2009, 166: 293-301.
- 30 Kornor H, Winje D, Ekeberg O, Weisaeth L, Kirkehei I, Johansen K et al.: Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2008, 8: 81.
- 31 Campbell R, Patterson D, Lichty LF: The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) programs: a review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma Violence Abuse* 2005, 6: 313-329.
- 32 Campbell R, Patterson D, Bybee D: Prosecution of adult sexual assault cases: a longitudinal analysis of the impact of a sexual assault nurse examiner program. *Violence Against Women* 2012, 18: 223-244.
- 33 Du Mont J, Parnis D: The doctor's dilemma: caregiving and medicolegal evidence collection. *Med Law* 2004, 23: 515-529.
- 34 Fehler-Cabral G, Campbell R, Patterson D: Adult sexual assault survivors' experiences with sexual assault nurse examiners (SANEs). *J Interpers Violence* 2011, 26: 3618-3639.
- 35 Greeson MR, Campbell R: Sexual assault response teams (SARTs): an empirical review of their effectiveness and challenges to successful implementation. *Trauma Violence Abuse* 2013, 14: 83-95.
- 36 Lutwak N: Medical care for sexual assault victims. *Sex Transm Infect* 2012, 88: 283.
- 37 Patel A, Roston A, Tilmon S, Stern L, Roston A, Patel D et al.: Assessing the extent of provision of comprehensive medical care management for female sexual assault patients in US hospital emergency departments. *Int J Gynaecol Obstet* 2013, 123: 24-28.
- 38 Jina R, Jewkes R, Munjanja SP, Mariscal JD, Dartnall E, Gebrehiwot Y: Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: Guidelines for the management of female survivors of sexual assault. *Int J Gynaecol Obstet* 2010, 109: 85-92.
- 39 Ross R, Draucker CB, Martsolf D, Adame K, Chiang-Hanisko L, Lewandowski W: The bridge: providing nursing care for survivors of sexual violence. *J Am Acad Nurse Pract* 2010, 22: 361-368.
- 40 Markowitz J, Chasson S: Integrating prevention into practice: an introduction to sexual violence primary prevention literature. *J Forensic Nurs* 2006, 2: 197-198.
- 41 Cybulska B: Immediate medical care after sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013, 27: 141-149.
- 42 Keygnaert I, Gilles C, Roelens K: *Checklist de la prise en charge optimale pour les victimes de violence sexuelle au sein des hôpitaux belges*. ICRH-Université de Gand, CHU St Pierre et UZ Gent. A la demande et avec le soutien du SPF Santé Publique; 2015.