

Prévention en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle : besoins des répondantes du réseau de la santé et des services sociaux

RAPPORT

Prévention en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle : besoins des répondantes du réseau de la santé et des services sociaux

RAPPORT

Direction du développement des individus et des communautés

*Institut national
de santé publique*

Québec 

AUTEURES

Nathalie Sasseville, chercheuse d'établissement
Julie Laforest, conseillère scientifique
Ruth Pilote, agente de planification, programmation et de recherche
Développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Pierre Maurice, M.D. chef d'unité scientifique
Développement des individus et des communautés

AVEC LA COLLABORATION DE

Louise Marie Bouchard, conseillère scientifique
Développement des individus et des communautés

MISE EN PAGE

Florence Niquet, agente administrative
Développement des individus et des communautés

REMERCIEMENTS

Les auteures tiennent à remercier les répondantes qui ont accepté généreusement de partager leurs préoccupations et leurs expériences en matière de prévention de la violence conjugale et d'agression sexuelle.

La réalisation de cette étude de besoins a été rendue possible grâce à l'appui financier du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2017
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-77721-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2017)

Avant-propos

Les informations à la base de cette étude ont été recueillies au début de l'année 2015. De ce fait, le nom des établissements et les rattachements institutionnels des acteurs interrogés reflètent le réseau d'avant l'adoption de la Loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux au Québec.

Table des matières

Liste des sigles et acronymes	V
Faits saillants.....	1
Sommaire.....	3
1 Introduction	7
2 But et objectifs	9
3 Méthodologie.....	11
4 Place de la prévention en matière de VCAS dans les ASSS et les CSSS.....	13
4.1 Partage des rôles et des responsabilités	13
4.2 Ressources allouées à la prévention.....	15
4.3 Le regard des répondantes sur les actions de prévention déployées dans les régions	17
5 Enjeux et besoins de soutien	19
5.1 Enjeux relatifs à l'accessibilité aux connaissances et au développement de l'expertise.....	19
5.2 Enjeux relatifs à l'importance accordée à la prévention de la VC et des AS.....	21
5.3 Enjeux relatifs au travail en silo	22
5.5 Enjeux liés aux particularités régionales	24
5.6 En somme.....	25
6 Pistes de solution suggérées par les répondantes	27
6.1 Favoriser une plus grande responsabilisation sociale à l'égard de la prévention en matière de VCAS	27
6.2 Renforcer les actions intersectorielles en matière de prévention de la VC et des AS.....	28
6.3 Favoriser la formation continue et le développement des compétences.....	29
6.4 Accorder un financement conséquent pour soutenir les actions de prévention	30
7 Discussion et conclusion	31
7.1 Discussion	31
7.2 Constats et orientations	32
7.3 Conclusion.....	33
Bibliographie	35
Annexe 1 Méthodologie détaillée	37
Annexe 2 Grilles d'entrevue	43

Liste des sigles et acronymes

AS	Agressions sexuelles
ASSS	Agences de la santé et de services sociaux
CALACS	Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel et la violence faite aux femmes
CISSS	Centres intégrés de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DRSP	Direction régionale de santé publique
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MEESR	Ministère de l'Éducation, Enseignement supérieur et Recherche
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNSP	Programme national de santé publique
VCAS	Violence conjugale et agression sexuelle
VC	Violence conjugale

Faits saillants

La présente étude vise à faciliter la planification et la mise en œuvre d'actions régionales et locales de prévention en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle. Elle porte sur la place qu'occupent ces actions de prévention dans les agences de santé et de services sociaux (ASSS) et les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Elle porte également sur la perception des professionnels et des gestionnaires quant aux facteurs qui influencent les activités de prévention, aux besoins de soutien ou d'accompagnement et aux solutions qu'ils préconisent pour mieux les soutenir dans leur rôle. Des entrevues auprès de professionnels et gestionnaires de CSSS et d'ASSS ont été menées en 2015 pour réaliser ce portrait. En voici les principaux constats :

- La totalité des répondantes a reconnu l'importance de prévenir la violence conjugale et les agressions sexuelles, et ce, même si elles ne se sentent pas toujours appuyées par leurs autorités pour mener les activités de prévention;
- Les répondantes disent ne pas disposer de suffisamment de connaissances en matière de prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles;
- Même si une gamme assez vaste d'activités de prévention sont répertoriées dans les ASSS et les CSSS, il n'y a pas de consensus quant aux rôles des CSSS en cette matière;
- Dans les régions, la prévention s'actualise principalement à travers des activités menées par les tables de concertation régionales ou locales, les organismes communautaires ou le milieu scolaire;
- La concertation est perçue comme une pièce maîtresse rendant possibles les interventions préventives en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle. Malgré tout, il est possible que certaines tables cessent leurs activités.
- En dépit de l'existence de plans d'action provinciaux en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle, les répondantes perçoivent un manque de leadership des autorités en cette matière.

L'ensemble des résultats permet d'envisager un certain nombre d'orientations afin de favoriser la planification et la mise en œuvre d'actions territoriales de prévention en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle, soit :

- Promouvoir auprès du réseau de la santé et de ses partenaires, tant au niveau provincial que territorial, l'importance que revêt la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles en précisant le rôle que peuvent jouer les gestionnaires et les professionnels en ce sens;
- Mieux faire connaître la gamme d'interventions efficaces ou prometteuses de prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles menées ou pouvant être menées sur un territoire donné et en favoriser l'appropriation. Miser sur l'expertise des CISSS et des CIUSSS à cet effet;
- Faire valoir les différents leviers disponibles pour mobiliser des partenaires et susciter des interventions préventives dans les régions et développer des outils pour faciliter le passage de la théorie à l'action;
- Consacrer des efforts supplémentaires pour réactiver les instances de concertation là où elles sont menacées et maintenir celles qui existent déjà.

Sommaire

Afin de faciliter la planification et la mise en œuvre d'actions régionales et locales de prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles (VCAS), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) de réaliser la présente étude.

Ses principaux objectifs sont :

- Faire une description sommaire de la place qu'occupe la prévention de la violence conjugale (VC) et des agressions sexuelles (AS) dans les CSSS et les ASSS;
- Identifier les facteurs qui influencent le déploiement des activités de prévention en matière de VCAS;
- Connaître le point de vue des responsables de ces dossiers à l'échelle régionale et locale sur leurs besoins de soutien et d'accompagnement en matière de prévention;
- Faire ressortir les pistes de solutions jugées prioritaires par les responsables de ces dossiers pour mieux les soutenir dans leur rôle;
- Dégager des orientations visant à favoriser le déploiement d'activités d'interventions en matière de VCAS.

Cette étude constitue une contribution à la réalisation de la mesure 2 du plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale et de la mesure 17 du plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle, qui respectivement visent à soutenir les initiatives régionales et locales émanant des communautés en matière de prévention.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée auprès de gestionnaires et de professionnelles impliquées dans les dossiers de VC et des AS dans 11 CSSS et 15 ASSS couvrant 16 régions du Québec. Au total, 34 entrevues semi-dirigées ont été réalisées. La stratégie d'échantillonnage a permis de s'assurer que la sélection des milieux était la plus représentative des différentes régions du Québec.

Les entrevues ont été menées par téléphone entre les mois de janvier et avril 2015. Les données ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique.

Résultats

Place de la prévention de la VC et des AS dans les ASSS et les CSSS

L'étude révèle que les actions de prévention en matière de VCAS dans les ASSS et CSSS sont peu nombreuses. Lorsqu'elles ont lieu, elles s'adressent plus aux jeunes et moins à d'autres sous-groupes de la population tels que les hommes et les personnes vivant dans des contextes de vulnérabilité.

Un survol des principales tâches réalisées par les responsables des dossiers de VC et des AS dans les ASSS et CSSS en matière de prévention montre toutefois une implication variable d'un établissement à l'autre, mais que, collectivement, ils sont impliqués dans tout le spectre des activités de prévention (production d'outils, planification, déploiement d'activités et accompagnement et soutien des intervenants).

Les répondantes considèrent que les moyens dont disposent les professionnels du réseau pour la prévention limitent leur capacité à s'investir de façon plus soutenue dans de telles actions. Selon elles, ce sont surtout les organismes du milieu qui réalisent ce type d'activités, ces derniers étant d'ailleurs perçus comme étant les mieux placés pour le faire. Dans ce contexte, la concertation avec les organismes du milieu est perçue comme étant la pièce maîtresse rendant possibles les actions en matière de prévention dans les régions. Plusieurs professionnels et gestionnaires soulignent d'ailleurs l'engagement et le dynamisme des partenaires du milieu qui, malgré des moyens limités, réussissent à en faire beaucoup.

Enjeux et besoins de soutien

Les professionnels et les gestionnaires responsables des dossiers en matière de VCAS sont confrontés à un ensemble de facteurs qui facilitent ou contraignent leur capacité à s'investir dans des actions de prévention. Ces facteurs ont trait au contexte sociopolitique, à l'organisation de travail, à l'accès à des ressources, au travail en partenariat, à l'accès à des connaissances ainsi qu'aux attitudes, compétences et habiletés des professionnels de la santé et des services sociaux et de leurs partenaires.

De ces facteurs découlent des besoins de soutien spécifiques. Ces besoins sont regroupés en fonction de quatre enjeux :

- Enjeux relatifs à l'accessibilité aux connaissances et au développement de l'expertise : le contexte qui prévaut dans le réseau de la santé et des services sociaux est peu favorable à l'appropriation de la documentation scientifique sur la prévention de la VC et des AS. Ceci entraîne une méconnaissance de ces 2 dossiers et des moyens efficaces de prévention. C'est pourquoi les responsables de ces dossiers ont manifesté le besoin d'un renforcement de leur expertise et d'avoir un meilleur accès à des connaissances et aux données probantes utiles à leur action.
- Enjeux relatifs à l'importance accordée à la prévention en matière de VCAS : un constat est fait par les professionnelles et les gestionnaires des ASSS et des CSSS voulant que la prévention de ces 2 problèmes n'attire pas beaucoup l'attention des différents acteurs de la société. Si bien qu'elles expriment le besoin d'obtenir un positionnement plus affirmé des instances ministérielles en faveur de la prévention. De plus, comme les actions de prévention doivent cibler inévitablement les enfants et les jeunes, il est important d'impliquer le secteur de l'éducation. À cet égard, il apparaît fondamental de clarifier le rôle des professionnels du réseau de la santé et de l'éducation pour mieux encadrer le partenariat et faciliter la collaboration intersectorielle.
- Enjeux relatifs au travail en silo : selon les professionnelles et les gestionnaires des ASSS et des CSSS, le travail en partenariat n'est pas optimal en raison de la persistance d'une culture organisationnelle peu favorable à cet égard. De plus, la complexité entourant l'animation des tables de concertation en matière de VCAS entraîne certains défis pour ceux qui en sont responsables (ex. : manque d'outils). C'est pourquoi les professionnelles interrogées ont exprimé le besoin d'outils pour faciliter l'animation de telles instances et renforcer le travail en partenariat.
- Enjeux liés aux particularités régionales : les répondantes des régions éloignées des grands centres se sont exprimées sur les disparités qu'elles observent entre les régions en termes de ressources disponibles conjuguées à la grandeur du territoire à desservir. Bien qu'elles souhaitent que des mesures soient mises en place pour assurer une plus grande équité entre les régions dans la distribution des ressources, leurs besoins de soutien vont davantage dans le sens d'un accès à de l'information spécifique aux réalités régionales et qui tiennent compte notamment du travail en région éloignée.

Pistes de solution suggérées par les répondantes

Les propos des professionnels et des gestionnaires des ASSS et des CSSS ont fait ressortir 4 grandes pistes de solutions, qui se déclinent dans des actions plus spécifiques et qu'ils jugent nécessaires à leur soutien.

- Favoriser une plus grande responsabilisation sociale à l'égard de la prévention en matière de VCAS. Ce qui suppose :
 - la mobilisation des principaux acteurs ministériels afin d'élaborer des lignes directrices en matière de prévention de la VC et des AS,
 - la présence d'une structure nationale visant à orienter les actions de prévention en matière de VCAS,
 - la sensibilisation des différents acteurs de la société civile afin de susciter un changement de normes sociales en faveur de la prévention de ces deux problèmes;
- Renforcer les actions intersectorielles en matière de prévention. Il s'agit notamment de :
 - se doter de ressources conséquentes pour soutenir les instances de concertation régionales et locales,
 - former et outiller les responsables de l'animation de ces instances de concertation;
- Favoriser la formation continue et le développement des compétences des professionnels responsables des dossiers de VC et des AS et de leurs partenaires en :
 - favorisant l'accès à de la formation sur une base continue et adaptée aux différents besoins des régions,
 - établissant des mécanismes de transfert de connaissances entre les régions,
 - donnant accès à un bassin d'experts en matière de VCAS pour accompagner la planification et la mise en œuvre d'actions de prévention;
- Accorder un financement conséquent pour soutenir les actions de prévention. Il s'agit de :
 - revoir la répartition des sommes allouées entre les quatre axes d'intervention des plans d'action en matière de VCAS,
 - développer des indicateurs de performance adaptés à la nature des activités réalisées dans le champ de la prévention.

Discussion et conclusion

Cette étude a permis d'illustrer une diversité de points de vue et de positions à l'intérieur des ASSS et des CSSS concernant la VC et les AS. Ces propos sont à la base des constats et des orientations suivants :

- La totalité des répondantes a reconnu l'importance de prévenir la VC et les AS;
- La prévention s'actualise principalement à travers des activités menées par les tables de concertation régionales ou locales, les organismes communautaires ou le milieu scolaire;
- Même si une gamme assez vaste d'activités de prévention sont répertoriées dans les ASSS et les CSSS, il n'y a pas de consensus quant aux rôles des CSSS en cette matière;

- Les activités visant à soutenir les familles pendant la période périnatale ou la petite enfance ne sont pas spontanément considérées comme des activités de prévention de la VC et des AS bien que ce type d'activités soit reconnu dans la littérature scientifique comme ayant un potentiel de prévention de ces problèmes;
- Les répondantes ne se sentent pas toujours appuyées par leurs autorités pour mener des activités de prévention en matière de VCAS;
- Malgré l'existence de plans d'action provinciaux en matière de VCAS, les répondantes perçoivent un manque de leadership des autorités en cette matière;
- Les répondantes disent ne pas disposer de suffisamment de connaissances en matière de prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles;
- La concertation est perçue comme une pièce maîtresse rendant possibles les interventions préventives en matière de VCAS. Malgré tout, il est possible que les tables cessent leurs activités dans 3 régions.

Ces constats conduisent à formuler les orientations suivantes :

- Promouvoir auprès du réseau de la santé et de ses partenaires, tant au niveau provincial que territorial, l'importance que revêt la prévention de la VC et des AS;
- Préciser et valoriser le rôle que peuvent jouer les gestionnaires et les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux dans le domaine de la prévention en matière de VCAS;
- Mieux faire connaître la gamme d'interventions efficaces ou prometteuses de prévention de la VC et des AS menées ou pouvant être menées sur un territoire donné et en favoriser l'appropriation. Miser sur l'expertise des CISSS et des CIUSSS à cet effet;
- Faire valoir les différents leviers disponibles pour mobiliser des partenaires et susciter des interventions préventives dans les régions (ex. : mesures des plans d'action provinciaux qui ciblent la prévention);
- Développer des outils pour faciliter le passage de la théorie à l'action;
- Consacrer des efforts supplémentaires pour réactiver les instances de concertation là où elles sont menacées et pour maintenir celles qui existent déjà.

1 Introduction

La violence conjugale (VC) et les agressions sexuelles (AS) affectent une proportion importante de la population et entraînent des conséquences à long terme tant au plan individuel, intergénérationnel que collectif (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2010). C'est dans ce contexte que les activités de promotion et de prévention s'avèrent essentielles pour parvenir à en diminuer leur ampleur et leurs conséquences (OMS, 2010).

Depuis la mise en œuvre des premiers plans d'action en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle (VCAS), le Québec s'est particulièrement engagé par des initiatives et des projets de prévention déployés dans toutes ses régions (Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle, 2007, Gouvernement du Québec, 2011; 2014). À titre indicatif, on retrouve des activités de sensibilisation sur les rapports égalitaires et la prévention de la violence dans les relations amoureuses, des activités d'éducation et d'intervention, la tenue de colloques thématiques pour les intervenants intersectoriels, l'élaboration d'outil de prévention, etc. (ibid).

Quelques études réalisées au Québec ont cependant mis en lumière que le déploiement de telles activités peut représenter un défi à bien des égards pour les organisations et les professionnels qui les portent (Hébert *et al.*, 2002; Normandeau *et al.*, 2004; Rojas-Viger, 2007). Entre autres, ce type d'activité peut s'avérer difficile à intégrer aux autres activités d'une organisation dans un contexte de pénuries des ressources et de surcharge de travail (Hébert *et al.*, 2002). Les intervenants qui les portent peuvent se buter à des obstacles organisationnels pour introduire des activités de promotion et de prévention dans leur pratique, car ces dernières ne sont pas priorisées dans leur établissement (Normandeau *et al.*, 2004; Rojas-Viger, 2007). À cela s'ajoutent des besoins de formation et d'encadrement clinique plus soutenus pour les professionnels impliqués (Hébert *et al.*, 2002).

Ces défis ont d'ailleurs fait l'objet de discussions au sein de la Table des répondantes régionales en violence conjugale et agression sexuelle¹ à plusieurs reprises.

C'est dans ce contexte que le MSSS a mandaté l'INSPQ pour effectuer une étude visant à faciliter la planification et la mise en œuvre d'actions régionales et locales de prévention en matière de VCAS. Ce mandat s'inscrit, respectivement, dans la mesure 2 du plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale et de la mesure 17 du plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle, qui visent à soutenir les initiatives régionales et locales émanant des communautés en matière de prévention (Gouvernement du Québec, 2008; 2012).

Dans cette étude, le terme prévention réfère à la prévention primaire. Cette dernière peut être définie comme étant toutes les actions visant à réduire la probabilité de l'apparition de la VC et des AS, et ce, au moyen d'activités qui sont axées sur leurs causes et les facteurs de risque qui leur sont associés. Ces activités peuvent aussi s'inscrire dans la promotion de la non-violence, par exemple celles visant à modifier les normes sociales. Bien que cette définition ait été transmise aux répondantes en début d'entrevue, les réponses obtenues peuvent inclure des activités en aval, notamment celles ayant trait à la détection précoce des cas.

¹ Dans le cadre de la Loi 10, cette table a été abolie et les dossiers de violence conjugale et d'agressions sexuelles sont maintenant traités au sein de la Table nationale de coordination des services sociaux généraux.

2 But et objectifs

Cette étude a pour but de faciliter la planification et la mise en œuvre d'actions régionales et locales de prévention² en VCAS. Ses objectifs sont les suivants :

- Faire une description sommaire de la place qu'occupe la prévention en matière de VCAS dans les CSSS et les ASSS;
- Identifier les facteurs qui influencent le déploiement des activités de prévention en matière de VCAS;
- Connaître le point de vue des responsables de ces dossiers à l'échelle régionale et locale sur leurs besoins de soutien et d'accompagnement en matière de prévention;
- Faire ressortir les pistes de solutions jugées prioritaires par les responsables de ces dossiers pour mieux les soutenir dans leur rôle;
- Dégager des orientations visant à favoriser le déploiement d'activités d'interventions en matière de VCAS.

² Afin d'alléger le texte, seul le mot prévention sera utilisé. Le lecteur comprendra qu'il réfère à la prévention primaire.

3 Méthodologie

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, une méthodologie qualitative a été privilégiée. Des entrevues ont été réalisées dans 11 CSSS et 15 ASSS, ce qui a permis de couvrir 16 régions du Québec³. Ces entrevues s'adressaient à des gestionnaires ou à des professionnels. Au total, 34 entrevues ont été réalisées dont 9 auprès de gestionnaires et 25 auprès de professionnels. Quelques fois, le gestionnaire était accompagné d'un professionnel. Afin de s'assurer que la sélection des milieux était la plus représentative des différentes réalités des régions au Québec, deux stratégies d'échantillonnage ont été utilisées, une visant les ASSS et l'autre, les CSSS⁴.

Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues semi-dirigées individuelles ou de groupe⁵. Les entrevues ont été menées par téléphone entre les mois de janvier et avril 2015. Les données ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique (Bardin, 1986). Une analyse verticale a permis de dégager les idées principales émanant des dimensions à l'étude, tandis qu'une analyse horizontale a mis en évidence les points de convergence et de divergence dans les propos recueillis.

³ Il est à noter que, parmi les 19 répondantes des ASSS, 10 provenaient de la direction de la santé publique (DSP).

⁴ Le détail des stratégies d'échantillonnage est présenté à l'annexe 1.

⁵ Les grilles d'entrevue sont présentées à l'annexe 2.

4 Place de la prévention en matière de VCAS dans les ASSS et les CSSS

Cette section cherche à décrire la place qu'occupent les activités de prévention en matière de VCAS dans les CSSS et les ASSS du Québec. Les principales dimensions abordées sont le partage des rôles et des responsabilités, les ressources consacrées ainsi que le regard des répondantes⁶ sur les actions de prévention déployées dans les régions.

4.1 Partage des rôles et des responsabilités

Les répondantes ont été interrogées sur les rôles et les responsabilités qu'elles exercent en matière de prévention de la VC et des AS. Une forte majorité de répondantes des ASSS et des CSSS (n = 23) déclarent que les activités de promotion et de prévention en matière de VCAS sont généralement portées par les organismes du milieu (CALACS, maison d'hébergement pour femmes, etc.). Elles reconnaissent que ce sont les partenaires (ex. : organismes communautaires) qui sont les mieux placés pour faire de la prévention en raison des leviers et des expertises dont ils disposent :

Actuellement, on croit que ce sont les intervenants intersectoriels qui sont les mieux placés pour faire de la prévention. (Propos d'un répondant de l'ASSS)

Le tableau 1 offre un aperçu des tâches en prévention réalisées par les responsables des dossiers de VC et des AS dans les ASSS et CSSS selon 4 catégories d'activités⁷. Il permet d'apprécier les particularités des ASSS et des CSSS au regard de ces tâches. Il est à remarquer que bien que le niveau d'implication varie d'une ASSS à l'autre, collectivement ces ASSS sont impliquées dans tout le spectre des activités de prévention. Dans les CSSS par contre, les activités sont centrées surtout sur la planification de même que la mobilisation, l'accompagnement et le soutien des intervenants dans le développement des compétences et dans la mise en œuvre d'interventions.

⁶ Étant donné que 30 des 34 personnes interviewées étaient de sexe féminin, le terme « répondantes » a été privilégié.

⁷ Ces activités sont inspirées du Référentiel des compétences en prévention et en promotion de la santé du réseau de la santé et des services sociaux du Québec (Martin et Brahim, 2014).

Tableau 1 Principaux exemples de tâches en VCAS dans les CSSS et les ASSS selon 4 catégories d'activités en prévention et promotion de la santé (Québec, 2015)

Exemples de tâches réalisées par les CSSS et les ASSS en VCAS	Type d'organisme	
	CSSS	ASSS
Produire des outils et des connaissances pour l'amélioration des pratiques <ul style="list-style-type: none"> ▪ Caractériser les milieux ▪ Élaborer des modèles ou des contenus ▪ Mettre à jour des connaissances scientifiques 		X X X
Planifier en collaboration avec les partenaires, des services et des activités de prévention <ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer les activités de prévention dans le cadre de l'élaboration d'un plan opérationnel et d'activités de suivi ▪ Prioriser les services ou les activités de prévention en collaboration avec les partenaires du milieu (ex. : identifier et définir les cibles d'intervention) 	X	X X
Déployer des activités de prévention ou de promotion <ul style="list-style-type: none"> ▪ Éduquer et sensibiliser en donnant accès à des connaissances à l'aide de campagnes sociétales de prévention, conférences, etc. ▪ Implanter et coordonner des projets de prévention : mise sur pied des contenus, coordination des projets, etc. ▪ Influencer et mobiliser les acteurs et la population dans des projets de prévention ▪ Évaluer les projets de prévention ▪ Effectuer le suivi des ententes de gestion et de financement liés aux activités de prévention 	X	X X X X X
Accompagner et soutenir les intervenants du réseau de la santé publique et les partenaires dans le développement des compétences et dans la mise en œuvre d'interventions efficaces de prévention <ul style="list-style-type: none"> ▪ Appuyer la mise en œuvre des projets locaux (ex. : appuyer les acteurs locaux dans l'évaluation d'un projet de prévention) ▪ Donner des informations sur les formations disponibles ainsi qu'en élaborer et en dispenser ▪ Donner une expertise-conseil en matière de prévention ▪ Transférer les connaissances ▪ Travailler en partenariat et en concertation 	X X X	X X X X X

Les répondantes des CSSS, quant à elles, considèrent que leur contribution en prévention est marginale et que leur mandat se situerait davantage dans une perspective d'identification précoce et de services d'aide directe (ex. : lors de demandes de suivis individuels ou familiaux). C'est pourquoi elles ont largement insisté sur cet aspect de leur rôle :

En CSSS, il n'y a pas de prévention qui se fait en violence conjugale et en agression sexuelle, nous sommes dans le curatif. (Propos d'un répondant du CSSS)

Quelques-unes mentionnent cependant s'impliquer localement notamment via des concertations auxquelles elles participent.

4.2 Ressources allouées à la prévention

Tout au cours des entretiens, les répondantes ont été questionnées sur les ressources consacrées à la prévention en matière de VCAS. Les catégories suivantes ont été examinées : les ressources financières et humaines, le temps consacré ainsi que les instances de concertation impliquées.

Les ressources financières

Les répondantes des ASSS et des CSSS ont indiqué que les principales sources de financement disponibles pour soutenir les activités de prévention sont allouées en vertu des plans d'action en matière de VCAS. Règle générale, ces sommes sont administrées par les ASSS et redistribuées aux organismes du milieu. Pour y arriver, certaines agences se sont dotées de mécanismes pour évaluer les projets qui leur sont soumis (ex. : comité mandaté, grilles d'analyse des projets, etc.).

Un consensus se dégage parmi les répondantes indiquant que les activités de prévention en matière de VCAS sont sous-financées. Certaines précisent d'ailleurs qu'il existe une plus grande précarité financière entourant les agressions sexuelles. Si bien que les milieux qui désirent mettre en œuvre des activités de prévention doivent recourir à diverses autres sources de financement à caractère non récurrent. Cette situation a pour effet d'entraîner une discontinuité des actions de prévention déployées sur un territoire, tout en fragilisant leur pérennité. Quatre répondantes des ASSS soulignent cependant que plusieurs actions sont réalisées dans les régions grâce à l'engagement des acteurs en présence (ex. : maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, CALACS, etc.) :

On va se le dire, il faut avoir la flamme pour ce dossier, car c'est incroyable, ce qui se fait avec le peu de moyens. (Propos d'un répondant de l'ASSS)

Les ressources humaines

Au moment de l'entrevue, 8 des 15 ASSS interrogées disposaient d'un seul professionnel pour coordonner l'ensemble du continuum des services (incluant la prévention) en matière de VCAS. Les 7 autres disposaient de 2 ou 3 professionnels ayant des fonctions bien déterminées : les uns étant responsables de l'organisation des services et les autres de la prévention.

Le portrait de la composition des équipes des CSSS a été plus difficile à établir. En effet, dans une forte majorité des CSSS (n = 10), il n'y a pas de responsable identifié pour les dossiers de VC et des AS. La prévention se retrouve généralement sous la responsabilité d'un gestionnaire de programme (parfois en duo avec un intervenant) qui est appelé à jouer un rôle de liaison entre les différents secteurs d'intervention du CSSS et les partenaires intersectoriels. Les actions d'identification précoce et d'interventions qui caractérisent davantage la nature du travail de ces professionnels sont, quant à elles, partagées entre différents individus d'un CSSS puisque ces deux problématiques concernent plusieurs clientèles (enfance jeunesse-famille, santé mentale, aînés, etc.) :

C'est transversal comme préoccupation. Il n'y a pas d'équipe qui porte le chapeau violence, car c'est une problématique qui touche toutes les clientèles. (Propos d'un répondant du CSSS)

Temps dédié aux activités de prévention

Le temps de travail dédié aux dossiers de la VC et des AS est variable d'un établissement à l'autre au sein des CSSS et des ASSS. Certains milieux y allouent une charge à temps complet (35 heures par semaine), tandis que d'autres n'y consacrent que quelques journées par semaine (une demi-journée à 3 jours). Somme toute, les répondantes sont unanimes sur le fait qu'une proportion de temps plus importante est accordée à l'organisation des services comparativement à la prévention :

C'est beaucoup l'organisation des services qui prend la majeure partie de notre temps. (Propos d'un répondant de l'ASSS)

En matière de prévention, certaines répondantes des ASSS soulignent qu'il leur est difficile de quantifier avec exactitude le temps qu'elles y consacrent. Cette situation s'explique par le fait que les activités de prévention sont souvent ponctuelles et leur intensité varie selon les périodes :

Par semaine, c'est difficile à dire, car c'est par période. Les activités de prévention ne sont pas des activités comme du suivi de gestion. Les activités de prévention sont toujours arrêtées dans le temps et donc vont exiger une intervention très soutenue dans un temps X et selon une période X de temps. (Propos d'un répondant de l'ASSS)

Les instances de concertation soutenant la planification des activités de prévention

La question de la concertation occupe une place prépondérante dans le discours des répondantes des CSSS et des ASSS. Les instances de concertation sont d'ailleurs reconnues comme étant l'une des pièces maîtresses soutenant la planification des activités de prévention de manière concertée avec les partenaires du milieu :

Tout cela [la table de concertation] nous a amenés à déterminer les activités de prévention. Les décisions se prennent en comité. (Propos d'un répondant du CSSS)

Des 26 établissements interrogés, 21 d'entre eux disposaient d'une instance de concertation au moment de l'entrevue. Une analyse des propos des répondantes a permis de mettre en lumière que ces instances de concertation sont assez variables selon :

- La composition de leurs membres : certaines tables regroupent des membres sectoriels du réseau de la santé et des services sociaux (CSSS et ASSS), tandis que d'autres sont composées d'acteurs de secteurs diversifiés (ex. : santé et services sociaux, justice, protection de la jeunesse, etc.);
- Leur type de gouvernance : les tables de concertation régionales sont en grande partie coordonnées par les ASSS, tandis que les tables locales relèvent généralement d'un organisme du milieu (ex. : maison d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale);
- Leur domaine d'activité : certaines tables de concertation intègrent la VC et les AS, d'autres se concentrent exclusivement sur l'une de ces deux thématiques, tandis que d'autres les intègrent dans des thématiques plus larges (ex. : la santé mentale, l'enfance jeunesse-famille, etc.).

En ce qui a trait aux 5 établissements (tous des ASSS) qui ne disposaient d'aucune instance de concertation lors des entrevues, 2 étaient en réflexion face à la réactivation de leur table de concertation régionale en raison du contexte d'incertitude entourant la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux. Les 3 autres établissements n'envisageaient pas une réactivation de leur table, car les acteurs du milieu n'y voyaient pas une plus-value par rapport aux concertations locales déjà existantes :

Actuellement, la table est sur le *hold*, car on attend de voir comment les choses vont s'orchestrer nationalement. (Propos d'un répondant de l'ASSS)

Nous n'avons plus de table régionale en VCAS à la demande des acteurs du milieu qui trouvaient qu'il y avait trop de concertations et qu'ils étaient débordés. (Propos d'un répondant de l'ASSS)

4.3 Le regard des répondantes sur les actions de prévention déployées dans les régions

Cette section présente l'opinion des répondantes des ASSS et des CSSS sur les efforts consacrés pour prévenir les deux problématiques que sont la violence conjugale et les agressions sexuelles.

La prévention : un domaine d'intervention à renforcer

Dix répondantes des ASSS et des CSSS estiment que plus d'efforts de prévention devraient être déployés tant par le réseau que par les organismes du milieu. Ils verbalisent que ces domaines d'intervention ne sont pas suffisamment desservis comparativement à d'autres (ex. : le suicide). Ils ajoutent aussi que la prévention des agressions sexuelles n'est généralement pas aussi bien soutenue que la prévention de la violence conjugale :

Il y a peu d'actions de prévention qui se fait. (Propos d'un répondant de l'ASSS)

On ne fait pas beaucoup de choses en agression sexuelle, car ce n'est pas quelque chose que l'on a beaucoup travaillé. Ce n'est pas un dossier qui a été priorisé par la direction. (Propos d'un répondant du CSSS)

L'importance accordée aux actions en amont auprès des jeunes

Douze répondantes des ASSS et des CSSS soulignent que les actions de prévention qui se déploient dans leur région mettent généralement l'accent sur les déterminants de la santé et ciblent principalement les jeunes. Ces actions visent la prévention d'une multitude de problèmes, dont la VC et les AS. Elles sont axées notamment sur le renforcement des compétences des jeunes et la promotion de comportements pacifiques (ex. : la résolution de conflits dans les relations, l'estime de soi, les habiletés communicationnelles, etc.). Ces actions sont d'ailleurs soutenues par différents programmes structurants, tels qu'École en santé, Virage en santé à l'école et le plan d'action pour prévenir et traiter la violence dans les écoles :

Notre positionnement, ici, au CSSS et avec la lecture de la littérature, ce n'est pas d'agir sur les problématiques en tant que telles de la VCAS, mais d'y aller beaucoup plus large sur la question des déterminants de la santé qui sont bien en amont de la problématique, par exemple les habiletés de communication ou de résolution de problème. (Propos d'un répondant du CSSS)

Cet investissement plus marqué auprès des enfants et des jeunes fait en sorte qu'il y a moins d'activités qui ciblent d'autres sous-groupes de la population. Ce constat s'applique notamment à certains groupes de la population adulte (ex. : les hommes et les personnes vivant dans des contextes de vulnérabilité). L'extrait qui suit illustre bien les propos des répondantes interrogées à ce sujet :

Il faut qu'il y ait quelqu'un, quelque part, qui fait de la prévention. La prévention ne peut pas se faire sans les hommes. (Propos d'un répondant de l'ASSS #22)

5 Enjeux et besoins de soutien

Les propos des participants des ASSS et des CSSS ont fait ressortir 4 grands enjeux reliés à la planification et à la mise en œuvre des actions de prévention desquels découlent des besoins de soutien spécifiques. Ces enjeux sont :

- L'accessibilité des connaissances et le développement de l'expertise;
- L'importance accordée aux problématiques de la VC et des AS;
- Le travail en silo;
- Les particularités régionales.

5.1 Enjeux relatifs à l'accessibilité aux connaissances et au développement de l'expertise

L'analyse des propos des répondantes des ASSS et des CSSS démontre que les enjeux relatifs à l'accessibilité des connaissances et au développement de l'expertise sont des préoccupations dominantes (n = 27).

Selon ces répondantes, les actions de promotion de la santé et de prévention doivent pouvoir s'appuyer sur les meilleures données de recherche. Ils verbalisent cependant que le contexte actuel est peu favorable à l'appropriation de telles connaissances. Cette situation s'expliquerait, entre autres, par des éléments liés au fonctionnement organisationnel de leur établissement qui limitent leur capacité à maintenir leurs connaissances à jour dont : la précarité des ressources, le manque d'encadrement et de formation ainsi que les difficultés d'accès à des outils. À cela s'ajoute le manque de connaissances scientifiques qui leur permettraient d'appuyer leurs actions de prévention sur les meilleures pratiques en matière de VCAS :

Faire du soutien-conseil quand les pratiques probantes ne sont pas établies fermement, c'est difficile. Ce n'est pas identifié dans les plans d'action gouvernementaux. De plus, les gens sur le terrain veulent tous faire de la prévention. Les projets ça pop, mais ils ne sont pas nécessairement validés ni évalués. On s'improvise, car les balises ne sont pas toujours si claires que cela. Il y a un grand décalage entre ce qu'établit la littérature scientifique et d'où sont rendus nos terrains et cela devient démobilisant. (Propos d'un répondant de l'ASSS)

Par ailleurs, 7 répondantes des ASSS et des CSSS observent que les acteurs avec lesquels elles collaborent (ex. : les autres intervenants du réseau, les gestionnaires, les partenaires intersectoriels, etc.) méconnaissent les problématiques de la VC et des AS. Ces deux problématiques seraient considérées comme un sujet tabou et de l'ordre du privé. Si bien que certains acteurs avec lesquels elles collaborent sont mal à l'aise d'en parler et que certains d'entre eux entretiennent des préjugés à l'égard de la clientèle. Ce manque de connaissances expliquerait en partie pourquoi certains acteurs éprouveraient des résistances à s'engager dans des actions de prévention en matière de VCAS :

C'est un dossier où il y a de gros malaises, on a peur, il y a une méconnaissance. J'ai vu des gestionnaires se braquer. (Propos d'un répondant de l'ASSS #34)

Le milieu scolaire est frileux à s'investir en prévention, car il a peur du dévoilement d'événements d'agressions sexuelles. Il a peur de bouleverser les élèves et il ne sait pas trop quoi faire avec cela. Ça, c'est un obstacle à la planification d'activités de prévention. C'est un sujet délicat. (Propos d'un répondant de l'ASSS #28)

Besoins d'accès à des connaissances pour les responsables des dossiers et leurs partenaires

Un premier besoin lié à cet enjeu concerne la nécessité d'un meilleur accès à des connaissances sur la prévention de la VC et des AS, et ce, à la fois pour les répondantes de ces dossiers ainsi que pour les partenaires intersectoriels avec lesquels ils collaborent.

Pour les répondantes des ASSS et des CSSS, leur besoin concerne le développement d'une expertise plus pointue sur de nouvelles réalités qui caractérisent les problématiques de la VC et des AS :

J'ai besoin de savoir comment cerner les problématiques en émergence et qui nous échappent actuellement : les jeunes et Internet surtout. Si on faisait ça, je trouverais qu'on est pas mal évolués. (Propos d'un répondant de l'ASSS)

Pour bien exercer leur fonction d'accompagnement, les répondantes des ASSS souhaiteraient être mieux outillées sur les façons de transmettre leurs savoirs aux partenaires avec lesquels elles collaborent, ce qui leur permettrait de mieux les soutenir dans la mise en œuvre d'interventions efficaces en prévention :

Il faudrait être mieux outillé pour transmettre et influencer les milieux à axer leurs interventions sur les facteurs de protection. Comme planificatrice de santé publique, je me demande, qu'est-ce qui est efficace? Quelles sont les actions les plus payantes? C'est quoi le meilleur coût-bénéfice surtout dans un contexte de précarité des ressources? (Propos d'un répondant de l'ASSS)

En ce qui a trait aux partenaires intersectoriels, les répondantes des ASSS et des CSSS interrogées estiment qu'elles ont besoin d'acquérir une compréhension « générale » des problématiques de la VC et des AS. L'acquisition de connaissances communes de ces problématiques favoriserait en effet les échanges et la mise en œuvre des meilleures pratiques de prévention :

La prévention n'est pas interprétée de la même façon par tout le monde. Quand on parle aux gens sur le terrain, on ne parle pas le même vocabulaire. Il y aurait des connaissances à donner à ces gens-là. Transmettre des connaissances sur c'est quoi la prévention et ce qu'ils peuvent faire, sur quoi ils peuvent agir. Ce qui est efficace en prévention, les déterminants de la VCAS, les facteurs de risque et sur quoi ils devraient travailler de façon prioritaire. (Propos d'un répondant de l'ASSS)

Besoins de développer des connaissances centrées sur l'action

Des répondantes des ASSS et des CSSS (n = 8) souhaiteraient que de nouvelles connaissances en matière de VCAS soient développées pour soutenir l'action.

À ce titre, elles estiment nécessaire d'analyser les pratiques afin d'être informées des initiatives de prévention prometteuses qui ont été mises de l'avant dans certaines régions. Il importe notamment d'évaluer le rapport coûts-bénéfices des actions de prévention, de connaître les conditions d'efficacité des actions de prévention propres à chacune des problématiques, d'évaluer les effets immédiats à moyen et à long terme, etc. Elles ajoutent que leur implication dans ces activités de recherche leur permettrait de s'approprier les apprentissages qui seraient faits tout en permettant d'ajuster les actions en cours de route afin qu'elles soient porteuses d'efficacité :

Il faudrait mieux documenter et avoir accès à des approches novatrices en VC. Il faudrait également que l'on se donne les moyens pour explorer si ces choses marchent dans notre milieu. Si je compare à la santé mentale, il y a un centre d'excellence qui fait de la recherche et qui documente les meilleures pratiques. (Propos d'un répondant de l'ASSS)

5.2 Enjeux relatifs à l'importance accordée à la prévention de la VC et des AS

La quasi-totalité des répondantes (n = 30) souligne le peu d'importance accordée par la société en général et les institutions publiques à la prévention de la VC et des AS. Cette situation serait en partie responsable du contexte sociopolitique où l'on observe un manque de sensibilisation et de mobilisation à l'égard de ces deux dossiers :

Ce sont des dossiers qui ne sont pas portés socialement. (Propos d'un répondant de l'ASSS)

Selon les répondantes, l'absence d'orientations ministérielles défavorise les actions de promotion et de prévention. Comme le précisent certaines d'entre elles, il existe une tension au sein des établissements entre les services curatifs et préventifs : le champ de la prévention étant perçu comme le parent pauvre des investissements consacrés en santé. En conséquence, elles déclarent que peu de ressources humaines et financières sont dédiées à la prévention, ce qui limite leur capacité (ainsi que celle de leurs partenaires) à s'investir de façon soutenue dans des actions de prévention. De plus, l'obtention d'un appui des autorités (gestionnaires) est parfois difficile. La situation est encore plus difficile dans les CSSS en raison des indicateurs de performance des établissements qui ne permettent pas de compiler de telles actions (ex. : I-CLSC ne permet pas de comptabiliser le temps professionnel investi dans les actions de concertation).

Par ailleurs, un sentiment général est partagé par les répondantes des ASSS et des CSSS interrogées à l'effet qu'elles n'obtiennent généralement pas tout l'appui souhaité de la part de leur établissement. Plusieurs considèrent qu'il leur est difficile de faire reconnaître ces deux problématiques comme étant une priorité de santé publique :

Dans une organisation comme ici ce n'est pas des dossiers qui sont priorisés d'emblée. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

Les répondantes des ASSS estiment que ce constat s'applique aussi à des organismes provenant d'autres secteurs, ce qui reflèterait dans une certaine mesure le phénomène de banalisation dont font l'objet ces problématiques dans la population :

À mon arrivée, j'ai fait un état de situation de la problématique de la violence conjugale dans ma région. Je trouvais difficile de faire entendre mon point de vue. Il y avait une forte tendance à minimiser la problématique. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

À ce titre, le manque de mobilisation du milieu de l'éducation à l'égard de la prévention de ces 2 problèmes a été largement cité en exemple. Certaines répondantes (n = 10) ont le sentiment que ce milieu n'accorde pas toujours toute l'attention voulue à la prévention de ces deux problèmes. Elles estiment que le manque de directives claires émanant du MEESR à l'égard de la prévention de la violence dans les relations amoureuses et des agressions sexuelles ne favorise pas la mise en place d'un contenu pédagogique obligatoire dans les écoles à cet effet. Si bien qu'il est difficile pour les responsables de ces 2 dossiers de mobiliser le milieu scolaire à s'engager avec eux dans des actions de prévention :

On essaie de mettre les pieds dans les établissements scolaires et c'est à la pièce. D'une année à l'autre, ça peut tomber et dépendre des gens qui sont en place, s'ils sont motivés ou pas, et même s'ils n'ont pas d'appui de leur direction. C'est ridicule qu'il n'y ait pas d'éducation sexuelle qui se fasse du primaire au secondaire, ce n'est même plus un contenu obligatoire. (Propos d'un répondant de l'ASSS #34)

Avec les écoles, c'est difficile pour eux de recevoir des partenaires extérieurs. Ils en ont plein les bras et ils ne sentent pas que c'est si important que cela. (Propos d'un répondant du CESS)

Besoin des responsables des dossiers de compter sur un plus grand leadership ministériel

En raison de la difficulté de faire valoir le dossier de la VC et des AS, les attentes sont grandes à l'endroit des ministères, notamment celui de la santé et des services sociaux ainsi que celui de l'éducation. Plus précisément, un certain nombre de répondantes des ASSS et des CSSS (n = 19) souhaiteraient obtenir un plus grand appui de ces instances par la mise en place de directives concrètes permettant de préciser les actions à réaliser, mais aussi de faire de ces deux dossiers des incontournables (ex. : par les plans d'action ou le Programme national de santé publique du Québec [PNSP]). Elles estiment que ce positionnement leur offrirait un levier pour rendre légitimes leurs actions dans ce domaine et leur permettrait d'exercer un plus grand rôle d'influence auprès de leurs partenaires intersectoriels.

Il faudrait que l'importance de la prévention en santé publique soit inscrite dans les orientations ministérielles, c'est d'ailleurs pour cela que l'on se bat. Ça prendrait aussi une conduite claire émanant du ministère de l'Éducation à ses commissions scolaires. [...] Ça prend de la pression auprès du ministère de l'Éducation pour que ça se fasse. Ça va être extrêmement aidant quand ça va être obligatoire. (Propos d'un répondant de l'ASSS)

Ça me prendrait les leviers nécessaires. Il faudrait que les acteurs leviers aient des obligations de faire des actions de prévention. Ça prendrait quelque chose qui me donnerait la légitimité de dire à mes partenaires on n'a pas le choix de s'asseoir ensemble et de faire des actions de prévention : C'est ma principale attente vis-à-vis cette réforme-là. Si c'était dans le PNSP, ça nous aiderait beaucoup des obligations émanant du programme d'éducation du MEESR. (Propos d'un répondant de l'ASSS)

Par l'expertise qu'elle détient, un plus grand appui de la santé publique (la direction générale de la santé publique du MSSS et l'INSPQ) est souhaité par 9 répondantes, peu importe leur provenance. Elles estiment qu'un plus grand *leadership* de la santé publique permettrait de raffermir l'importance des activités de prévention en matière de VCAS dans l'agenda politique. Ainsi, l'expertise de la santé publique pourrait être mise à contribution pour renforcer les compétences des acteurs en présence (tant au sein du réseau qu'au sein des partenaires intersectoriels) et pour soutenir la prise de décision à tous les paliers décisionnels (national, régional et local) :

Je souhaiterais que la santé publique soit plus impliquée dans le maillage de la promotion et de la prévention avec les acteurs régionaux. Il faut que la santé publique soit plus marquée en consultation dans l'élaboration des plans d'action en lien avec les politiques. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

5.3 Enjeux relatifs au travail en silo

Elles sont nombreuses (n = 27) à avoir mentionné le travail en partenariat comme facteur de réussite à la mise en œuvre des actions de prévention. La présence d'instances pour se concerter, la qualité des communications ainsi que la complicité entre les partenaires sont autant d'éléments jugés favorables pour appuyer concrètement les efforts déployés à cette fin :

Nos tables locales sont très autonomes et il y a des gens qui sont là depuis 30 ans. Ils connaissent très bien la problématique et le milieu, ce qui est facilitant. Si les partenaires locaux n'étaient pas si engagés, je pense que ces dossiers tomberaient. (Propos d'un répondant de l'ASSS)

Pour une partie des répondantes des ASSS et des CSSS (n = 10), le travail en partenariat n'est cependant pas optimal. Elles observent à ce sujet la persistance d'une culture de travail en silo tant au sein des établissements de la santé et des services sociaux que de leurs partenaires intersectoriels. Elles soulignent d'ailleurs que cette culture organisationnelle peu favorable au travail en partenariat est aussi présente au sein des ministères et qu'elle engendre des difficultés pour animer les concertations à l'échelle régionale et locale. Les répondantes attribuent ces difficultés à

plusieurs éléments internes des organisations, dont la surcharge de travail, le manque de temps et une culture individualiste fortement ancrée :

Lorsque d'autres ministères arrivent avec des initiatives et qu'ils ne réfléchissent pas avec les autres partenaires comment ça s'imbrique dans le rôle des autres et, dans les services existants, ça crée des manquements de services pour la clientèle. (Propos d'un répondant de l'ASSS)

À cela s'ajoute la présence d'intérêts divergents qui rendent difficile le travail en partenariat. C'est particulièrement le cas lorsque les sources de financement disponibles créent de la compétition entre les organisations ou que des tensions sont observées entre les partenaires en raison de postures « idéologiques » perçues difficilement réconciliables.

Enfin, la complexité entourant le travail en partenariat entraîne certains défis pour ceux appelés à coordonner les tables de concertation. C'est particulièrement le cas de certaines répondantes des ASSS (n = 4), qui se disent insuffisamment outillées pour bien exercer cet aspect de leur rôle.

Besoin de soutien à la concertation par des directives à l'égard du travail en partenariat

Des répondantes des ASSS et des CSSS (n = 8) soulignent leur besoin de soutien à la concertation par le développement de directives qui permettrait de renforcer une culture de travail en partenariat au sein des établissements du réseau et des organismes avec lesquels elles collaborent. Selon elles, la collaboration intersectorielle rend possible la mise en œuvre d'actions de prévention en réunissant les forces vives du milieu ainsi que les ressources disponibles (humaines, financières et matérielles). Elle permet aussi d'apporter une réponse adaptée aux besoins de la clientèle tout en favorisant l'arrimage des actions déployées sur un territoire. À ce titre, le renforcement des collaborations interministérielles est perçu comme essentiel à la mobilisation des partenaires régionaux et locaux :

Une concertation interministérielle plus grande, ça aiderait sur le terrain à une plus grande mobilisation. Il faut créer une responsabilisation partagée. De cette façon, on a les coudées franches pour travailler si tout le monde a les mêmes directives. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

Nous avons un besoin de concertation sur ces thématiques, car la prévention se fait en partenariat et pas en silo. Ça nous prendrait des moyens pour travailler avec les partenaires intersectoriels. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

Besoin de soutien des répondantes des ASSS sur le développement de compétences en matière de concertation

En leur qualité d'animatrices des concertations régionales, quelques répondantes des ASSS (n = 4) expriment le besoin d'avoir davantage d'informations et de conseils sur les façons de travailler plus efficacement avec leurs partenaires. Elles souhaiteraient aussi être mieux outillées sur les bonnes pratiques de concertation et pouvoir échanger avec les autres régions sur les difficultés qu'elles rencontrent dans leur pratique professionnelle à cet égard :

J'ai besoin d'avoir accès à des modèles de concertation régionale de ce qui se fait dans les autres régions. Qu'est-ce qui fonctionne bien ou moins bien. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

5.5 Enjeux liés aux particularités régionales

Quelques répondantes des ASSS des régions éloignées⁸ (n = 4) ont insisté sur les disparités qui existent entre les régions et qui influencent grandement leur capacité à pouvoir s'engager dans des actions de prévention et à pouvoir faire vivre les concertations. Ces disparités sont attribuables à des réalités externes telles que le financement disponible ainsi que la grandeur du territoire à desservir.

Le fait que les régions disposent de crédits variables pour l'organisation des activités de promotion et de prévention en matière de VCAS constitue un défi de taille pour les régions éloignées. L'attribution de ces crédits varie selon la densité de la population, ce qui fait en sorte que les régions les plus peuplées disposent d'une enveloppe d'argent plus substantielle que celles à plus faible population. Il va sans dire que les répondantes des ASSS des régions éloignées estiment que cette base de calcul a pour effet de les désavantager, car une faible densité ne se traduit pas nécessairement par une réduction proportionnelle des coûts. À cela, s'ajoutent des difficultés spécifiques aux régions éloignées, soit un haut taux de roulement du personnel ainsi que l'accès difficile à des formations.

Il y a un gros roulement de personnel. Nous, en région, on est à effectif réduit et le financement est moindre qu'ailleurs. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

La grandeur du territoire fait en sorte que l'on a une seule table régionale pour ne pas multiplier les déplacements. Cela limite la prévention, car les intervenants doivent parcourir de grandes distances pour les réunions. Cela n'a jamais été tenu en considération dans les calculs financiers du MSSS. Ça, c'est des enjeux propres aux régions éloignées. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

Le fait de devoir couvrir un grand territoire avec des ressources restreintes entraîne également des difficultés supplémentaires à la réalisation d'activités de prévention et à la coordination des instances de concertation. À ce titre, l'enjeu du transport est fréquemment identifié comme un élément de contrainte à la participation des clientèles cibles aux activités de prévention (ex. : activités de sensibilisation) et à la capacité des partenaires de se réunir sur une base régulière. Le recours aux technologies de l'information s'avère une solution à ces difficultés. Néanmoins, les répondantes des ASSS mentionnent que ces technologies ne sont pas toujours conviviales et que la logistique entourant leur utilisation nécessite beaucoup de temps.

La logistique audiovisuelle pour les formations est un cauchemar, car cela ne fonctionne pas très bien. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

Besoin d'un accès à de l'information spécifique aux réalités régionales et qui tiennent compte notamment du travail en région éloignée

Certaines répondantes des ASSS souhaiteraient avoir accès à de l'information pouvant être adaptée à leur milieu, et ce, de manière à mieux répondre aux besoins spécifiques de leur clientèle.

Il devrait y avoir un groupe, incluant des régions intéressées par la question du rural et du urbain pour voir concrètement comment on devrait faire les choses. Il pourrait apporter un éclairage assez intéressant. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

⁸ Dans cette section, l'utilisation du terme « région éloignée » réfère à la façon dont les répondantes désignaient leur situation géographique par rapport aux grands centres urbains.

Dans le même sens, elles souhaitent avoir accès à des données sur les caractéristiques des clientèles qu'ils ont à desservir (ex. : données de surveillance à l'échelle d'un territoire) afin d'objectiver le choix des actions de prévention à prioriser :

D'avoir accès à des données de surveillance qui nous permettraient de voir l'évolution de la problématique sur le territoire et de façon plus pointue, car actuellement on ne voit que la pointe de l'iceberg, car actuellement on a de la misère à avoir notre portrait. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

5.6 En somme...

Il est possible de dégager six grandes catégories de facteurs qui influencent la capacité des ASSS et CSSS à s'investir dans la prévention en matière de VCAS (tableau 2).

Tableau 2 Facteurs qui influencent les actions de prévention en matière de VCAS

Catégories de facteurs	Facteurs d'influence
Contexte sociopolitique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Degré de sensibilisation de la population et des organisations à ces deux problématiques ▪ Présence de lignes directrices en matière de prévention
Organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Charge de travail ▪ Temps disponible pour faire de la prévention ▪ Accès à de l'encadrement et à des formations ▪ Accès à des outils ▪ Degré d'appui des gestionnaires ▪ Présence d'un professionnel désigné à ces dossiers
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès à des ressources spécialisées pour des clientèles spécifiques ▪ Disponibilité des ressources financières
Travail en partenariat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence d'une culture de travail en partenariat au sein des organisations ▪ Qualité des relations entre les partenaires ▪ Degré d'engagement des partenaires dans des actions de prévention ▪ Présence d'instances de concertation
État des connaissances	<ul style="list-style-type: none"> ▪ État actuel des connaissances scientifiques sur les données probantes en prévention
Attitudes, connaissances et habiletés des professionnels et de leurs partenaires (développement des expertises)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacité de travail avec diverses réalités ▪ Degré de connaissance et de sensibilisation aux problématiques de la VC et des AS ▪ Accès aux connaissances disponibles ▪ Perceptions à l'égard des victimes et des auteurs de violence

6 Pistes de solution suggérées par les répondantes

Les répondantes des ASSS et des CSSS ont été questionnées sur les pistes de solution souhaitées pour mieux les soutenir dans leur rôle en matière de prévention des problèmes de VC et des AS. De nombreuses suggestions ont pu être relevées dans les propos des répondantes à ce sujet. Celles-ci sont organisées en 4 grandes catégories, soit :

- Favoriser une plus grande responsabilisation sociale à l'égard de la prévention des deux problématiques;
- Renforcer les actions intersectorielles en matière de prévention;
- Favoriser la formation continue et le développement des compétences;
- Accorder un financement conséquent pour soutenir les actions de prévention.

6.1 Favoriser une plus grande responsabilisation sociale à l'égard de la prévention en matière de VCAS

Beaucoup de répondantes ont souligné l'importance d'engager un mouvement de responsabilisation sociale à l'égard de la VC et des AS. Pour ce faire, deux mesures s'adressant à différents acteurs de la société ont été ciblées pour faire face plus efficacement à ces deux problèmes.

Élaborer des lignes directrices en matière de prévention de la VC et des AS

Inscrire la prévention de la VC et des AS au cœur des politiques de différents secteurs et paliers d'intervention de la société est jugé fondamental par 18 répondantes des ASSS et des CSSS. À ce sujet, il est souhaité que le MSSS puisse inviter ses homologues ministériels pour que soient adoptées des lois et des directives visant à encadrer la prévention. Plus précisément, le MEESR a été largement cité en exemple comme un acteur incontournable à mobiliser dans le domaine de la prévention de la violence dans les relations amoureuses et des AS chez les jeunes. Cette mobilisation devrait se traduire, selon 7 répondantes des ASSS, par une directive claire émise par ce ministère à ses commissions scolaires et écoles pour s'assurer l'inclusion d'un contenu pédagogique obligatoire à cet égard :

Ça prendrait une directive du ministère de l'Éducation pour qu'il se fasse de la prévention de la violence dans les relations amoureuses, car, sans ça, ça ne se fera pas à grande échelle. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

Des efforts sont également attendus afin que les attentes dans les politiques, plans d'action et programmes dont le MSSS est porteur (ex. : PNSP) ou partenaire (ex. : plans d'action en matière de VCAS) soient opérationnalisées en terme d'activités. Les répondantes des ASSS et des CSSS précisent à cet égard que ces actions devraient être associées à des services et programmes à mettre en place par les établissements et que des mécanismes de reddition de compte puissent permettre de s'assurer de leur concrétisation :

Ça prendrait un positionnement politique clair sur la prévention des agressions sexuelles et de la violence conjugale pour qu'elle devienne un programme clientèle avec des attentes signifiées aux organisations. Un programme violence qui cible toutes ses formes pas juste les femmes, car elle est présente dans toutes les sphères de la société et est traitée de façon morcelée. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

On souhaite également que les instances de santé publique du Québec (les directions régionales de santé publique [DRSP], le MSSS et l'INSPQ) puissent s'investir dans l'élaboration d'outils qui sont destinés aux régions. Cette façon de faire permettrait l'intégration des préoccupations des régions en

matière de prévention tout en s'assurant la mise en place d'actions s'appuyant sur les meilleures pratiques en la matière. Cela aurait pour avantage également d'assurer une certaine cohérence de ce qui est proposé dans les régions. À ce sujet, 4 répondantes des ASSS proposent de se doter d'un comité national de concertation dédié à la prévention de la VC et des AS.

Il faudrait un comité de travail élargi pour la planification et le déploiement des grandes campagnes sociétales pour que l'on puisse y participer nous les répondantes et que l'on puisse nommer nos besoins régionaux là-dedans. Il faudrait aussi que le MSSS puisse y participer. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

Poursuivre les efforts pour sensibiliser les différents acteurs de la société civile afin de favoriser un changement des normes sociales

Pour qu'elles puissent susciter des changements dans les pratiques, des répondantes des ASSS et des CSSS estiment que l'élaboration de lignes directrices devrait aussi comprendre des mesures visant à sensibiliser les acteurs (décideurs, gestionnaires, intervenants, citoyens, etc.) des différents paliers et secteurs de la société. Cette sensibilisation devrait concourir à améliorer leur compréhension de ces problématiques et de l'importance d'agir en amont pour y faire face efficacement :

Il faut sensibiliser nos gestionnaires que le dossier VCAS est important, comment le positionner. Il faudrait que cela vienne d'une instance supérieure à la nôtre. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

Il y a tout un travail à faire sur les normes sociales pour que tout un chacun se sente préoccupé et se responsabilise face à ces dossiers. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

6.2 Renforcer les actions intersectorielles en matière de prévention de la VC et des AS

Le manque de liens formels entre les partenaires des différents niveaux hiérarchiques ainsi que la plus grande importance accordée à l'organisation des services au sein du réseau de la santé et des services sociaux appellent à un renforcement des actions intersectorielles en matière de prévention. Pour répondre à des problématiques aussi complexes que la VC et les AS, il importe en effet que les acteurs du réseau puissent s'allier à différents partenaires qui disposent de leviers pour intervenir plus efficacement sur leurs facteurs de risque et de protection.

Se doter de ressources conséquentes pour faire vivre les concertations régionales et locales

Selon quelques répondantes des ASSS et des CSSS (n = 5), la bonne volonté et l'implication des personnes dans les dossiers de la VC et des AS ne suffisent pas à assurer à long terme le bon fonctionnement des concertations intersectorielles. C'est pourquoi il importe que soient maintenus des financements pour soutenir les tables de concertation régionales et locales. En plus des ressources financières, elles estiment aussi nécessaire de donner de la latitude aux membres qui siègent au sein de ces tables afin qu'ils puissent investir du temps et de l'énergie :

Les moyens à se donner c'est des ressources humaines et du temps, car la concertation, ça se bâtit avec le temps et des efforts. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

Le maintien de personnes responsables de la coordination des instances de concertation est un autre élément jugé essentiel par 4 répondantes des ASSS. Celles-ci permettent de s'assurer que la prévention en matière de VCAS demeure une préoccupation au sein des tables. Elles assurent également la circulation de l'information entre ses membres ainsi que la cohérence des actions mises en œuvre dans une région :

Il faut garder au moins une répondante régionale pour dénouer les concertations dans ces deux dossiers-là pour les prochains CISSS. Ce rôle régional, il faut qu'il se poursuive et à un niveau opérationnel pour s'assurer du continuum de services. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

6.3 Favoriser la formation continue et le développement des compétences

Afin de faire face aux enjeux relatifs à l'accessibilité des connaissances et au développement des compétences en matière de VCAS, 4 pistes de solutions sont proposées par des répondantes des ASSS et des CSSS (n = 18).

Favoriser la formation sur une base continue des professionnels responsables des dossiers en VCAS et de leurs partenaires

L'accès à de la formation en matière de VCAS pour les responsables de ces dossiers ainsi que leurs partenaires est cité comme une piste de solution à privilégier par 14 répondantes des ASSS et des CSSS. En raison des contraintes géographiques et budgétaires, plusieurs formules sont proposées pour favoriser une plus grande accessibilité à ces formations : webinaires, visioconférence, site Web, etc. Il est également souligné l'importance d'encourager l'accès à des formations sur une base continue pour assurer le développement des compétences.

J'ai besoin de formation sur une base continue, par exemple intégrer cela dans nos réunions d'équipe. J'ai besoin d'être au courant de ce qui se passe, les enjeux, ce que l'on doit faire attention, etc. Ça nous prend des experts qui répondent cliniquement à nos questionnements et qui amènent à rafraîchir nos connaissances sur la violence : les meilleures pratiques. (Propos d'un répondant d'un CSSS)

Plusieurs thèmes de formation à privilégier en matière de VCAS sont ressortis des propos :

- Pour les professionnels responsables des dossiers en matière de VCAS, une attention particulière devrait être apportée aux thèmes suivants : les nouvelles réalités qui caractérisent la violence conjugale (ex. : le harcèlement, la pornographie, la cyberintimidation, etc.), les populations vivant dans des contextes de vulnérabilité ou ayant des besoins particuliers (dont les hommes et les jeunes), l'approche différenciée selon les sexes, l'utilisation des nouvelles technologies pour mieux rejoindre les clientèles vulnérables ainsi que les pratiques de prévention jugées probantes, incluant l'identification précoce. Pour des professionnels des ASSS, dans la mesure du possible, les formations offertes aux responsables de ces dossiers devraient être élaborées selon une formule de formation de formateur afin que ces derniers soient en mesure d'accompagner leurs partenaires intersectoriels;
- Pour les partenaires intersectoriels, les principaux thèmes de formation à aborder concernent des connaissances générales sur ces problématiques (incluant la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes), leurs facteurs de risque et de protection ainsi que les meilleures pratiques de prévention et d'identification précoce.

Établir des mécanismes de transfert des connaissances en matière de VCAS

Un certain nombre de répondantes des ASSS et des CSSS (n = 14) souhaiteraient que des mécanismes soient mis en place pour assurer une meilleure accessibilité aux connaissances relatives aux initiatives qui émanent des régions, aux résultats des recherches scientifiques ou aux outils disponibles. À cet effet, il est proposé de se doter d'une structure qui permettrait de centraliser les connaissances disponibles et d'en assurer leur mise à jour :

Avoir accès à une banque d'outils plus à jour (interactif et virtuel) qui peuvent s'utiliser d'une région à l'autre. (Propos d'un répondant d'un CSSS)

Les activités qui favorisent les échanges et la collaboration intra et inter régions sont également nommées comme favorables au transfert des connaissances. Ces activités permettent en effet d'offrir un espace particulier pour parler de prévention et des bonnes pratiques en matière de concertation. Diverses formules ont été proposées : la mise sur pied de forums de discussion ou de communautés de pratique, l'organisation de colloques ou de rencontres thématiques, etc. De plus, quelques répondantes des ASSS (n = 5) souhaitent que la Table nationale en matière de VCAS puisse se maintenir malgré les bouleversements que subit le réseau. Ce lieu est identifié comme propice aux échanges et au transfert des connaissances :

J'aimerais ça avoir une communauté de pratique avec les répondantes des établissements ainsi qu'avec la table provinciale, pour des échanges, des discussions, le partage d'expertise. Par exemple, avoir un partage avec tout le monde 1 à 2 fois par année sur des thèmes qui touchent tout le monde. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

Avoir accès à un bassin d'experts dans le domaine de la prévention en matière de VCAS

Six répondantes des ASSS et des CSSS aimeraient avoir accès à un accompagnement personnalisé par des experts reconnus dans le domaine de la prévention de la VC et des AS. Elles souhaitent être guidées et avoir la possibilité de référer à cette expertise dans le cadre du développement et de l'implantation de programmes de prévention qui s'appuient sur des données probantes. Ce type d'accompagnement devrait être assez personnalisé afin que les solutions proposées soient adaptées aux besoins et réalités régionales :

Ça nous prend des experts qui répondent cliniquement à nos questionnements et qui amènent à rafraîchir nos connaissances sur la violence : les meilleures pratiques. (Propos d'un répondant du CSSS)

6.4 Accorder un financement conséquent pour soutenir les actions de prévention

Beaucoup de répondantes des ASSS et des CSSS (n = 22) estiment que, sans l'accès à un financement adéquat, la mise en œuvre d'actions de prévention ne peut être viable en matière de VCAS, et ce, tant pour les établissements du réseau que pour les organismes du milieu.

Revoir la répartition des sommes allouées entre les 4 axes d'intervention des plans d'action

Pour certaines répondantes des ASSS, il s'agit de revoir la répartition des sommes allouées selon les quatre axes d'intervention des plans d'action en matière de VCAS, en accordant une somme plus conséquente à la prévention :

Avoir de l'argent étiqueté et protégé prévention, car l'argent est souvent priorisé pour les services et le curatif. (Propos d'un répondant d'une ASSS)

Développer des indicateurs de performance adaptés

Il s'agit de redéfinir des indicateurs de performance qui tiennent compte de la nature même des tâches en promotion et en prévention. Cela permettrait de contrer l'effet des indicateurs en vigueur qui défavorisent de telles interventions (ex. : les indicateurs du système d'information sur la clientèle et les services des CLSC [I-CLSC] ne permettent pas de comptabiliser les temps investis dans des activités de concertation).

7 Discussion et conclusion

7.1 Discussion

Dans cette section, un certain nombre de facteurs contextuels qui ont pu influencer les résultats de cette étude sont d'abord présentés. Par la suite, les principaux constats sont décrits afin de dégager des orientations à envisager dans l'avenir pour faciliter la planification et la mise en œuvre par le réseau de la santé et des services sociaux d'actions régionales et locales de prévention dans le domaine de la VC et des AS.

Les résultats présentés dans les sections précédentes s'appuient sur les propos d'un nombre important de répondantes (34), provenant d'ASSS et de CSSS et exerçant des responsabilités professionnelles ou de gestion dans le dossier de la violence conjugale, des agressions sexuelles ou des deux problématiques. Une telle stratégie de collecte d'information a permis d'illustrer une diversité de points de vue et de positions à l'intérieur des organisations et de constituer une base d'information riche et utile pour identifier un certain nombre d'orientations. Malgré cette force, des limites pouvant influencer l'interprétation des résultats doivent être soulignées.

Tout d'abord, comme deux ASSS n'ont pas participé à l'étude, il est impossible de prétendre à l'exhaustivité des points de vue régionaux. De plus, afin de protéger l'anonymat des répondantes et de leur établissement d'appartenance, les résultats ont été agrégés, limitant ainsi des analyses plus fines selon les caractéristiques des répondantes (professionnels ou gestionnaires) ou de l'établissement dans lequel elles travaillent. Dès lors, il devient impossible de faire ressortir les besoins spécifiques à un ou l'autre type de répondante ou d'établissement.

Par ailleurs, la définition de la prévention transmise aux répondantes au début de l'entrevue était la suivante :

« Toutes les actions visant à réduire la probabilité de l'apparition de la VC et des AS, et ce, au moyen d'activités qui sont axées sur leurs causes et les facteurs de risque qui leur sont associés. Ces activités peuvent aussi s'inscrire dans la promotion de la non-violence, par exemple celles visant à modifier les normes sociales. »

Bien que cherchant à être le plus inclusif possible de l'ensemble des actions en amont du problème, le libellé de cette définition était centré sur la violence conjugale et les agressions sexuelles comme phénomènes à prévenir. Or, la littérature scientifique démontre que certaines actions universelles ciblant, par exemple les tout-petits, contribuent à prévenir de nombreux problèmes de santé et de bien-être dont la violence, la violence conjugale et les agressions sexuelles (OMS et London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010). La non-spécificité de ces actions quant aux problèmes prévenus, couplée à la définition de prévention fournie dans l'étude, ont sans doute pu limiter la reconnaissance chez certaines répondantes que d'autres actions menées dans le réseau (ex. : programmes de soutien parental en période périnatale) ont pour effet de prévenir la VC ou les AS. Une telle observation pourrait expliquer en partie du moins pourquoi les répondantes affirment qu'il se fait peu de prévention dans le réseau en matière de VC et d'AS.

Enfin, le contexte de restructuration du réseau de la santé et des services sociaux (Loi 10) qui prévalait au moment de réaliser la collecte de données a certainement influencé la participation des répondantes et la nature de leur propos. Il y avait en effet beaucoup de turbulence dans le réseau, ce qui a pu accentuer un certain nombre de perceptions relatives au manque de leadership, à la désorganisation et au peu d'importance accordée à la prévention.

Malgré ces quelques limites, les résultats de l'étude comportent des constats pertinents pouvant orienter les futures actions visant à soutenir le réseau de la santé et des services sociaux en matière de prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles.

7.2 Constats et orientations

Reconnaissance de l'importance et de la complexité de travailler en prévention

La totalité des répondantes a reconnu l'importance de prévenir la VC et les AS. Certaines ne semblent cependant pas convaincues que les activités de prévention doivent être menées en CSSS. Lorsqu'on compile l'ensemble des activités et des tâches réalisées en lien avec la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles tant dans les ASSS que dans les CSSS (tableau 1), il en ressort toutefois qu'une gamme assez vaste d'activités de prévention sont réalisées à travers le Québec. La prévention s'actualise principalement à travers des activités menées par les tables de concertation ou les organismes communautaires et par des interventions ciblant les jeunes en milieu scolaire. Cette observation contraste avec la perception d'un rôle quasi inexistant en prévention dans les CSSS ou dans certaines agences, telle qu'exprimée par les répondantes. Outre le commentaire présenté plus haut relativement à la non-reconnaissance de l'effet préventif sur la VC et les AS de certaines activités (ex. : soutien parental), d'autres explications peuvent être envisagées. Mentionnons en particulier que selon l'appartenance organisationnelle des répondantes et leurs rôles/responsabilités en prévention de la VC et des AS, il se peut qu'individuellement elles ne détiennent pas un portrait complet des actions qui contribuent à la prévention de la VC et des AS (ex. : entente MSSS-MELS) et qui se font dans d'autres directions ou d'autres régions ou encore, de ce qui est mis en œuvre par d'autres secteurs. Face à ces constats, il convient d'envisager le développement de stratégies mettant à profit cette volonté d'agir en prévention. Ces stratégies pourraient notamment viser à mieux expliciter l'effet préventif sur la VC et les AS des activités couramment menées dans le réseau, notamment auprès des enfants et des parents. Elles pourraient également viser à mieux faire connaître les efforts déployés par l'un ou l'autre des établissements afin de créer une base d'information susceptible de mobiliser et inspirer l'ensemble des régions sur ce qui peut être fait dans le domaine.

Enjeux autour des connaissances

Un consensus se dégage à l'effet que les personnes qui planifient, réalisent, accompagnent et soutiennent le déploiement d'activités de prévention ne se sentent pas toujours appuyées par leurs autorités pour le faire. Cette situation est difficile compte tenu de la complexité de ces dossiers (ex. : données scientifiques jugées insuffisantes, réalités spécifiques chez certains groupes de la population, manque de reconnaissance sociale de ces problématiques). De plus, plusieurs résultats font état de la perception de la part des répondantes d'un manque de leadership des autorités à tous les niveaux et de l'absence d'orientations claires et explicites en matière de prévention de la VC et des AS. À cet égard, il est surprenant de constater que les plans d'action provinciaux en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle ne sont pratiquement pas évoqués comme dispositif démontrant un certain leadership et proposant un certain nombre d'orientations. Pourtant ces initiatives témoignent d'une volonté concrète des autorités de lutter contre ces problèmes. Il en est de même pour les sommes allouées à cet effet dans les régions. Dans ce contexte, le jugement exprimé par beaucoup de répondantes peut paraître un peu sévère et témoigne jusque dans une certaine mesure d'un manque de connaissance de ce qui existe. Cette situation peut s'expliquer par le fait que la prévention de la VC et des AS ne fait pas l'objet d'activités ou de programmes spécifiques dans le PNSP ou au sein des établissements, rendant plus difficile une implication des équipes sur ces questions.

D'autres enjeux autour des connaissances ressortent également des résultats. Les répondantes font en effet différentes observations au regard d'un déficit en connaissances probantes en matière de prévention de la VC ou des AS et la difficulté d'actualiser ces connaissances sur leur territoire. Pourtant, bien qu'il y ait encore passablement de développement nécessaire en la matière, un certain nombre d'interventions préventives ont été démontrées efficaces dans la littérature scientifique (OMS et London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010).

En somme, même si la perception générale d'un déficit de leadership, de soutien et de connaissances en matière de prévention de la VC et des AS peut être justifiée, force est de constater qu'il existe tout de même un écart entre ce qui est connu et disponible pour lutter contre la VC et les AS, et la perception qu'en ont les répondantes. Ce constat devrait conduire à une réflexion autour des stratégies et mécanismes pour faciliter le transfert des connaissances et en optimiser leur appropriation. Une meilleure diffusion auprès des autorités sanitaires locales et régionales des orientations gouvernementales qui placent la VC et les AS comme des problèmes prioritaires, de même que la diffusion d'un cadre général explicitant la contribution des différents programmes à la prévention de ces problèmes sont certainement à envisager à cet effet. Également, le développement d'outils pour passer de la théorie à l'actualisation des interventions en considérant les réalités régionales ou locales particulières constitue une orientation susceptible de répondre à certains des besoins exprimés.

Importance de la concertation

Les propos des répondantes soulignent que la concertation intersectorielle constitue la pièce maîtresse rendant possible les actions de prévention en matière de VC et d'AS. Ces résultats sont cohérents avec la littérature qui démontre la pertinence d'une telle stratégie compte tenu des leviers dont disposent les partenaires intersectoriels pour agir sur les facteurs de risque de ces deux problématiques (OMS, 2002). Les propos des répondantes interrogées font également écho à la littérature relativement aux nombreux autres avantages du travail en partenariat, à savoir : une plus grande efficacité de l'intervention, la mise en place d'actions mieux coordonnées pour assurer un continuum de services ainsi qu'une utilisation plus efficiente des ressources disponibles (OMS, 2002). Ce travail en concertation a d'ailleurs longtemps constitué le fer de lance des activités de prévention de la VC et des AS au Québec. En effet, bon nombre d'initiatives ont été encadrées jusqu'ici par les tables de concertation régionales et locales qui avaient pignon sur rue dans toutes les régions du Québec. Malgré une reconnaissance explicite des mérites du travail en partenariat, trois régions envisagent pourtant aujourd'hui de ne pas réactiver leur table de concertation. Dans une telle situation et considérant en plus les perturbations associées à la restructuration du réseau, il apparaît pertinent de consacrer des efforts supplémentaires pour consolider les structures et les processus de concertation.

7.3 Conclusion

Cette étude démontre qu'il y a un consensus sur l'importance de la problématique de la VC et des AS et sur la nécessité de se mobiliser pour déployer des activités de prévention. Elle démontre également l'importance du soutien des autorités à tous les niveaux pour mobiliser les ressources et susciter des interventions sur le terrain. Le travail en concertation constitue en ce sens une condition gagnante pour y arriver. Par ailleurs, il existe des écarts entre les perceptions des répondantes au regard des initiatives et connaissances existantes et ce qui est aujourd'hui disponible. Dans un tel contexte, un certain nombre d'orientations ont été suggérées ci-dessus. Globalement, elles invitent à orienter les actions futures vers une valorisation des activités réalisées en prévention de la VC et des AS et des leviers existants pour le faire. Plus spécifiquement, elles peuvent se résumer ainsi :

- Promouvoir auprès du réseau de la santé et de ses partenaires, tant au niveau provincial que territorial, l'importance que revêt la prévention de la VC et des AS. Certains moyens tels que la diffusion de feuillets synthèses sur les conséquences de la VC et des AS sur la santé et le bien-être de la population pourraient être envisagés. Les thématiques abordées pourraient inclure par exemple les effets des agressions sexuelles sur la santé mentale, la violence conjugale durant la période périnatale, les liens entre la violence conjugale et le VIH, etc. Ces feuillets permettraient une prise de conscience des conséquences sur la santé et faciliteraient l'implication d'autres domaines (ex. : santé mentale, périnatalité) dans la prévention de la VC et des AS;
- Préciser et valoriser le rôle que peuvent jouer les gestionnaires et des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux dans le domaine de la prévention en matière de VCAS. Des exemples concrets de programmes existants dans les établissements de santé ou d'activités du PNSP dans lesquels des interventions préventives en matière de VCAS peuvent être intégrées pourraient être promus. La diffusion de la formation en ligne sur la violence conjugale (mesure du Plan d'action, en cours d'élaboration) pourrait également constituer un levier concret pour ce faire;
- Prévoir aussi des mécanismes de reddition de compte appropriés;
- Mieux faire connaître la gamme d'interventions efficaces de prévention en VC et en AS menées ou pouvant être menées sur un territoire donné et en favoriser l'appropriation. Il apparaît également prometteur de miser sur l'expertise des acteurs de santé publique dans les CISSS et les CIUSSS pour soutenir l'action des organismes du milieu et, également, la planification des activités de prévention. Un cadre de référence en matière de prévention de la VC et des AS explicitant et valorisant le rôle des acteurs de santé publique pourrait être développé à cet effet;
- Faire valoir les différents leviers disponibles pour mobiliser des partenaires et susciter des interventions préventives dans les régions (ex. : mesures des plans d'action provinciaux qui ciblent la prévention). Selon la position des répondantes, la compréhension de leur rôle en matière de prévention, les leviers dont ils disposent et la nature des interventions qu'ils réalisent, varient et s'opérationnalisent différemment. Il importe donc de s'ajuster à cette réalité;
- Développer des outils pour faciliter le passage de la théorie à l'action en considérant les réalités territoriales particulières. Concrètement, des données régionales ou des outils pour faire des portraits régionaux de ces problématiques pourraient être diffusés. Des outils pourraient également être envisagés afin de soutenir le rôle du réseau dans le domaine de la concertation intersectorielle et pour favoriser les échanges entre les intervenants des différentes régions du Québec de même qu'entre les intervenants et les centres d'expertise dans le domaine;
- Consacrer des efforts supplémentaires pour réactiver les instances de concertation là où elles sont menacées et pour maintenir celles qui existent déjà. Des ressources humaines et financières devraient être dégagées à cet effet si nécessaire.

Bibliographie

Bardin, L. (1986). *L'analyse de contenu*. France : PUF.

Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle (2007). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle. Rapport sur la mise en œuvre des engagements gouvernementaux 2001-2006*. Québec : Gouvernement du Québec.

Gouvernement du Québec (2014). *Rapport sur la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle*. Secrétariat à la condition féminine et ministère de la Justice

Gouvernement du Québec. (2012). *Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale. Prévenir, dépister, contrer*. Québec : Gouvernement du Québec.

Gouvernement du Québec (2011). *Bilan de la mise en œuvre du Plan d'action 2004-2009 en matière de violence conjugale*. Secrétariat à la condition féminine.

Gouvernement du Québec. (2008). *Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle 2008-2013*. Québec : Gouvernement du Québec.

Hébert, M., Robichaud, M., Tremblay, C., Saint-Denis, M., Damant, D., Lavoie, F., Dorais, M., Perreault, N. et Rinfret-Raynor, M. (2002). *Des interventions préventives en matière d'agression sexuelle : description des pratiques québécoises*. Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.

Martin, C. et Brahim, C. (2014). *Référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé et des services sociaux du Québec*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Normandeau, S., Damant, D., Rinfret-Raynor, M., Gravel, S. et Vézina, L. (2004). *La diffusion des programmes de prévention à l'école*. Collection études et analyses, n° 29. Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.

Organisation mondiale de la santé (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Sous la direction de Étienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A Mercy, Anthony Zwi et Rafael Lozano-Ascencio. 282 p. et annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé/London school of hygiene and tropical medicine (2010). *Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : Intervenir et produire des données probantes*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Rojas-Viger, C. (2007). *Perception d'intervenants-es des réseaux institutionnel et communautaire à l'égard des programmes visant à contrer la violence conjugale chez les femmes immigrantes : étude exploratoire*. Collection études et analyses, no 38. Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.

Annexe 1

Méthodologie détaillée

Cette étude emprunte une méthodologie qualitative et est basée sur des entrevues semi-dirigées.

Population à l'étude

La population à l'étude est formée des professionnels impliqués dans les dossiers de VCAS et des gestionnaires qui en sont responsables, et ce, dans les 18 ASSS et les 95 CSSS du Québec.

Au total, 34 établissements ont été approchés et 26 d'entre eux (11 CSSS ainsi que 15 ASSS) ont accepté de participer à l'étude, ce qui équivaut à un taux de participation de 76 %.

Stratégie d'échantillonnage des organisations régionales et locales

Afin de refléter la réalité de l'ensemble des régions du Québec, 2 stratégies d'échantillonnage distinctes ont été retenues.

La première stratégie visait les ASSS. Dans ce cas, toutes les organisations (des régions 1 à 18) ont été sélectionnées. Pour chacune des ASSS, tous les gestionnaires et les professionnels détenant une responsabilité en la matière (qu'ils soient rattachés au secteur de l'organisation des services ou de la santé publique) étaient invités à participer à l'étude.

La seconde stratégie visait les CSSS. Dans ce cas, un plan d'échantillonnage stratifié à 2 degrés a été retenu pour s'assurer d'une certaine diversification des réalités régionales dans lesquelles évoluent les CSSS.

Au premier degré, il s'agissait de regrouper les CSSS en 3 strates selon la densité de la population du territoire qu'ils desservent⁹ (régions peu densifiées, régions moyennement densifiées et régions avec milieux urbanisés et fortement densifiées). Par la suite, 16 CSSS ont été sélectionnés aléatoirement, et ce, de manière proportionnelle au nombre d'organisations existant dans chacune des strates. Une liste de CSSS de réserve a également été constituée en cas de refus de participation à l'étude.

Au 2^e degré, tous les professionnels et gestionnaires¹⁰ détenant une responsabilité en matière de prévention de la VCAS étaient invités à participer à l'étude.

Outil de collecte de données

L'outil de collecte des données qui a été privilégié dans le cadre de cette étude de besoins est l'entrevue semi-dirigée individuelle (n = 16) ou de groupe (n = 10). L'entrevue était légèrement différente selon que le répondant appartenait à une ASSS ou un CSSS (annexe 2). Le schéma d'entrevue portait sur les dimensions suivantes :

- La description des actions de prévention en matière de VCAS (incluant les ressources disponibles, la nature des concertations, la composition des équipes et le temps consacré);
- La perception des éléments qui facilitent et qui contraignent la mise en œuvre des actions de prévention;

⁹ La densité de la population est obtenue en divisant la population par la superficie du territoire.

¹⁰ Précisons que, dans certains CSSS, il n'y a pas de professionnel porteur des dossiers en VCAS. Cette responsabilité est attribuée à un gestionnaire qui assure une liaison entre les actions cliniques et les concertations locales.

- Les besoins de soutien et de formation jugés prioritaires par les professionnels;
- Les pistes de solutions identifiées par les professionnels afin de mieux répondre à leurs besoins de soutien.

Cet outil s'accompagnait d'une fiche signalétique visant à dresser le profil des professionnels et des gestionnaires, mais servant aussi à enrichir l'analyse des discours.

La durée moyenne des entrevues a été d'environ 50 minutes. Précisons que le schéma d'entrevue ainsi que la fiche signalétique ont été préalablement testés et validés auprès d'une professionnelle détenant une expérience de plusieurs années à titre de répondante dans le dossier de la VCAS.

Processus de collecte des données

Voici les principales étapes du processus de collecte des données :

- Recrutement : Établir un premier contact (par lettre pour les DSP et par téléphone pour les CSSS) avec les gestionnaires des professionnels interrogés afin de leur expliquer la démarche et solliciter leur appui dans le processus de recrutement des professionnels;
- Préparation de l'entretien : Acheminer par courriel le schéma d'entrevue et le formulaire de consentement une fois le consentement obtenu des professionnels;
- Collecte de données : Procéder aux entrevues individuelles ou de groupe par téléphone. Ces entrevues ont été réalisées sur une période de 4 mois : de janvier 2015 à avril 2015.

Analyse des données

L'analyse des données a débuté dès les premiers instants de la collecte en favorisant une démarche souple, mais systématique, permettant ainsi une réflexion continue.

L'analyse de contenu est la méthode qui a été privilégiée (Bardin, 1986). Des résumés synthèses des entrevues ont été faits de façon à faire ressortir l'essentiel de l'information recueillie. Selon une démarche inductive, il s'agit par la suite de procéder à plusieurs reprises à la lecture des contenus afin d'y repérer les grandes idées des propos des professionnels et des gestionnaires, pour ainsi les catégoriser et les classer. De plus, afin d'assurer une validité interne de la grille de codification produite, 2 entrevues ont été codifiées par 2 membres de l'équipe de projet permettant ainsi une plus grande qualité du processus de catégorisation des données.

Tout le matériel de recherche a été traité à l'aide du logiciel N'Vivo QSR 10. En plus de favoriser la classification des unités d'analyse, ce logiciel permet de générer des matrices de nœud afin d'y faire ressortir les caractéristiques des professionnels et des gestionnaires qui y sont associés.

Portrait des professionnels et des gestionnaires formant l'échantillon

L'échantillon est composé de 34 professionnels et gestionnaires, soit 30 femmes et 4 hommes.

Sur le plan des caractéristiques professionnelles des professionnels, 14 d'entre eux provenaient des CSSS et 19 des ASSS. Quant à leur statut d'emploi, 24 occupaient une fonction d'agent de planification, de programmation et de recherche, une personne occupait la fonction de médecin-conseil et les 9 autres, une fonction de gestionnaire. La grande majorité des professionnels et des gestionnaires (88,2 %) détenait un statut d'emploi permanent au moment des entrevues. Leur moyenne d'années d'expérience était de 5,5 ans dans la fonction occupée au moment de l'étude. En ce qui a trait aux années d'expérience acquises dans les domaines de la VC ou des AS, les médianes s'établissent respectivement comme suit : 8 ans et 4,5 ans.

Quant au niveau de scolarité, 45,2 % des professionnels et gestionnaires composant l'échantillon détenaient une maîtrise, 38,7 % un baccalauréat, 12,9 % un doctorat et 3,2 % un diplôme d'études collégiales. Les principaux champs disciplinaires desquels proviennent les professionnels et les gestionnaires étaient variés : psychologie, travail social, médecine, sociologie, sexologie, santé communautaire, communications, éducation, anthropologie, kinésiologie et psychoéducation.

Annexe 2

Grilles d'entrevue

Grille d'entrevue semi-dirigée

Répondantes VC/AS : Agences de santé et des services sociaux

Instructions pour les intervieweurs

La présente étude est menée par l'Institut national de santé publique du Québec dans le cadre d'un mandat qui lui a été confié par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle vise à faciliter la planification et la mise en œuvre d'actions régionales et locales de prévention en violence conjugale et en agressions sexuelles.

C'est pourquoi, dans la prochaine heure, je vais aborder avec vous différents aspects reliés à votre travail dans le domaine de la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles. À l'aide de questions ouvertes, il s'agira de me parler des enjeux que vous rencontrez en prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles ainsi que des besoins que vous éprouvez dans l'actualisation de ces activités.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Vous n'avez qu'à répondre au mieux de votre connaissance.

Votre identité demeurera confidentielle. S'il y a des questions auxquelles vous ne désirez pas répondre, vous n'avez qu'à me le dire.

Avez-vous des questions avant de commencer?

**** Note à l'intervieweur*

Avant de passer à l'entrevue s'assurer que les participants ont lu et signé le formulaire de consentement de participation à l'étude ainsi que le court questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques (document envoyé avant l'entrevue). Le cas échéant, s'assurer qu'ils nous le fassent parvenir par courriel dès la fin de l'entretien.

Schéma d'entrevue

Avant de débiter, j'aimerais préciser que durant l'entrevue j'aimerais aborder les dimensions de votre travail qui concernent principalement la prévention primaire en violence conjugale et en agressions sexuelles. Par prévention primaire, j'entends les actions qui visent à réduire la probabilité de l'apparition de ces deux phénomènes, et ce, au moyen d'activités qui sont axées sur leurs causes et les facteurs de risque qui leur sont associés. Ces activités peuvent aussi s'inscrire dans la promotion de la non-violence, par exemple celles visant à modifier les normes sociales.

Partie 1 : Fonctionnement de l'ASSS en matière de prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles

1. Dans votre organisation, comment se déroule la planification des activités de prévention en matière de violence conjugale et d'agressions sexuelles? Expliquez.

(Faire préciser comment les rôles et les activités de prévention de chacun s'arriment).

2. Combien de professionnels sont impliqués dans la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles au sein de votre agence? Ces professionnels proviennent de quels secteurs?

3. Combien de temps consacrez-vous à :

- a. des activités en matière de violence conjugale? du temps consacré à des activités en violence conjugale, combien de temps est destiné à de la prévention?
- b. des activités en agressions sexuelles dans votre organisation? Du temps consacré à des activités en agressions sexuelles, combien de temps est destiné à de la prévention?

(Faire préciser le nombre d'heures : par semaine, par mois, ou autre fréquence, et ce, en lien avec chacune des thématiques)

4. Pourriez-vous me décrire votre rôle dans le domaine de la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles?

** S'il y a plus d'une personne, poser la question individuellement à chacune des personnes présentes.*

*(Si pas de responsabilités ou de tâches effectuées dans le domaine de la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles, **passer à la partie 4.**)*

Partie 2 : Enjeux relatifs aux activités de prévention en matière de violence conjugale et des agressions sexuelles

5. Quels sont les principaux éléments qui facilitent la planification et le déploiement des activités de prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles dans votre région?

- a. *Sur quelles forces ou ressources pouvez-vous vous appuyer?*

6. Quels sont les principaux éléments qui contraignent la planification et le déploiement des activités de prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles dans votre région?

- a. *À quels défis êtes-vous confrontés?*

Partie 3 : Besoins de soutien des répondantes régionaux

7. Quels sont vos besoins afin de mieux vous sentir soutenu dans la planification et le déploiement d'activités de prévention (besoins de connaissances, d'outils, d'accompagnement, etc.) en matière de violence conjugale et d'agressions sexuelles :
- sur le plan des conditions organisationnelles ou du réseau de la santé et des services sociaux?
 - sur le plan des conditions concernant la concertation régionale?
 - sur le plan professionnel pour mieux vous soutenir dans votre rôle?
8. Sous quelle forme aimeriez-vous recevoir du soutien ou de l'accompagnement?

(Préciser la nature des besoins évoqués lorsqu'ils concernent des besoins de connaissance en matière de violence conjugale et d'agressions sexuelles)

9. Parmi l'ensemble de ces besoins, quels sont les aspects pour lesquels vous jugez prioritaire de recevoir du soutien ou de l'accompagnement? Pourquoi?

L'entrevue est maintenant terminée, aimeriez-vous ajouter autre chose?

Partie 4 : Questions destinées aux professionnels qui ne réalisent aucune activité de prévention

10. Selon vous, qu'est-ce qui explique qu'il n'y a pas d'activités en lien avec la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles dans votre secteur/organisation?
11. Selon vous, qu'est-ce qui vous permettrait de mener des activités de prévention en matière de violence conjugale et des agressions sexuelles :
- sur le plan des conditions organisationnelles ou du réseau de la santé et des services sociaux?
 - sur le plan des conditions concernant la concertation régionale?
 - sur le plan professionnel pour mieux vous soutenir dans votre rôle?
12. Dans le rôle actuel que vous jouez en matière de violence conjugale et d'agressions sexuelles, quels sont vos besoins de soutien et d'accompagnement?

L'entrevue est maintenant terminée, aimeriez-vous ajouter autre chose?

Grille d'entrevue semi-dirigée Répondantes VC/AS : CSSS

Instructions pour les intervieweurs

La présente étude est menée par l'Institut national de santé publique du Québec dans le cadre d'un mandat qui lui a été confié par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle vise à faciliter la planification et la mise en œuvre d'actions régionales et locales de prévention en violence conjugale et en agressions sexuelles.

C'est pourquoi, dans la prochaine heure, je vais aborder avec vous différents aspects reliés à votre travail dans le domaine de la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles. À l'aide de questions ouvertes, il s'agira de me parler des enjeux que vous rencontrez en prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles ainsi que des besoins que vous éprouvez dans l'actualisation de ces activités.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Vous n'avez qu'à répondre au mieux de votre connaissance.

Votre identité demeurera confidentielle. S'il y a des questions auxquelles vous ne désirez pas répondre, vous n'avez qu'à me le dire.

Avez-vous des questions avant de commencer?

**** Note à l'intervieweur*

Avant de passer à l'entrevue s'assurer que les participants ont lu et signé le formulaire de consentement de participation à l'étude ainsi que le court questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques (document envoyé avant l'entrevue). Le cas échéant, s'assurer qu'ils nous le font parvenir par courriel dès la fin de l'entretien.

Schéma d'entrevue

Avant de débiter, j'aimerais préciser que durant l'entrevue j'aimerais aborder les dimensions de votre travail qui concernent principalement la prévention primaire en violence conjugale et en agressions sexuelles. Par prévention primaire, j'entends les actions qui visent à réduire la probabilité de l'apparition de ces deux phénomènes, et ce, au moyen d'activités qui sont axées sur leurs causes et les facteurs de risque qui leur sont associés. Ces activités peuvent aussi s'inscrire dans la promotion de la non-violence, par exemple celles visant à modifier les normes sociales.

Partie 1 : Fonctionnement du CSSS en matière de prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles

13. Dans votre organisation, comment se déroule la planification des activités de prévention en matière de violence conjugale et d'agressions sexuelles? Expliquez.

(Faire préciser comment les rôles et les activités de prévention de chacun s'arriment, s'il y a plus d'un répondant).

14. Combien de professionnels sont impliqués dans la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles dans votre CSSS? Ces professionnels proviennent de quels secteurs?

15. Combien de temps consacrez-vous à :

- a. des activités en matière de violence conjugale? du temps consacré à des activités en violence conjugale, combien de temps est destiné à de la prévention?
- b. des activités en agressions sexuelles dans votre organisation? Du temps consacré à des activités en agressions sexuelles, combien de temps est destiné à de la prévention?

(Faire préciser le nombre d'heures : par semaine, par mois, ou autre fréquence, et ce, en lien avec chacune des thématiques.)

16. Pourriez-vous me décrire votre rôle dans le domaine de la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles?

** S'il y a plus d'une personne, poser la question individuellement à chacune des personnes présentes.*

*(Si pas de responsabilités ou de tâches effectuées dans le domaine de la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles, **passez à la partie 4.**)*

17. Recevez-vous du soutien de l'agence de santé et de services sociaux de votre région pour vous appuyer dans les activités de prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles?

Si oui, quel genre de soutien recevez-vous?

Partie 2 : Enjeux relatifs aux activités de prévention en matière de violence conjugale et des agressions sexuelles

18. Quels sont les principaux éléments qui facilitent la planification et le déploiement des activités de prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles sur votre territoire?

a. *Sur quelles forces ou ressources pouvez-vous vous appuyer?*

19. Quels sont les principaux éléments qui contraignent la planification et le déploiement des activités de prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles sur votre territoire?

a. *À quels défis êtes-vous confrontés?*

Partie 3 : Besoins de soutien des répondantes des CSSS

20. Quels sont vos besoins afin de mieux vous sentir soutenu dans la planification et le déploiement d'activités de prévention (besoins de connaissances, d'outils, d'accompagnement, etc.) en matière de violence conjugale et d'agressions sexuelles :
- sur le plan des conditions organisationnelles ou du réseau de la santé et des services sociaux à mettre en place?*
 - sur le plan des conditions à mettre en place concernant la concertation locale?*
 - sur le plan professionnel pour mieux vous soutenir dans votre rôle?*
21. Sous quelle forme aimeriez-vous recevoir du soutien ou de l'accompagnement?

(Préciser la nature des besoins évoqués lorsqu'ils concernent des besoins de connaissance en matière de violence conjugale et d'agressions sexuelles)

22. Parmi l'ensemble de ces besoins, quels sont les aspects pour lesquels vous jugez prioritaire de recevoir du soutien ou de l'accompagnement? Pourquoi?

L'entrevue est maintenant terminée, aimeriez-vous ajouter autre chose?

Partie 4 : Questions destinées aux professionnels qui ne réalisent aucune activité de prévention

23. Selon vous, qu'est-ce qui explique qu'il n'y a pas d'activités en lien avec la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles dans votre secteur/organisation?
24. Selon vous, qu'est-ce qui vous permettrait de mener des activités de prévention en matière de violence conjugale et des agressions sexuelles :
- sur le plan des conditions organisationnelles ou du réseau de la santé et des services sociaux à mettre en place?*
 - sur le plan des conditions à mettre en place concernant la concertation locale?*
 - sur le plan professionnel pour mieux vous soutenir dans votre rôle?*
25. Dans le rôle actuel que vous jouez en matière de violence conjugale et des agressions sexuelles, quels sont vos besoins de soutien et d'accompagnement?

L'entrevue est maintenant terminée, aimeriez-vous ajouter autre chose?

www.inspq.qc.ca