Directeur d'hôpital

Promotion : **2020-2021**

Date du Jury : **Octobre 2020**

La prise en charge des victimes de violences intrafamiliales à l'hôpital

Augustin CHIROL

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à l'ensemble des équipes médicales, paramédicales et sociales du CHANGE que j'ai rencontrées pour réaliser ce mémoire, et qui m'ont accueilli avec bienveillance et intérêt. Je remercie plus particulièrement le Dr Driencourt pour le temps qu'il m'a consacré et pour m'avoir invité à plusieurs reprises à venir observer son activité sur le terrain.

Je remercie également les équipes administratives du CHANGE, et l'équipe de direction qui a veillé tout au long de mon stage à me solliciter sur les sujets ayant un lien avec mon thème de mémoire.

Je remercie enfin Sylvie Le Roux et Catherine Tissot Nivault pour leur relecture attentive et leurs conseils avisés.

S o m m a i r e

Introduction 1

1 Longtemps délaissée, la prise en charge des victimes de violences intrafamiliales est devenue une préoccupation importante des pouvoirs publics 5

1.1 Les violences intrafamiliales constituent un enjeu de société capital 5

1.1.1 Des données récentes en cours de consolidation 5

1.1.2 Un enjeu de société et de santé publique 9

1.2 La mobilisation des pouvoirs publics 10

1.2.1 Les plans nationaux de lutte contre les violences faites aux femmes et le Grenelle des violences conjugales 10

1.2.2 La protection de l'enfance et le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 13

2 A la fois complexe et pluriprofessionnelle, la prise en charge au sein des dispositifs dédiés aux victimes de violences intrafamiliales nécessite une structuration administrative et financière adaptée 17

2.1 La nécessité d'une prise en charge holistique 17

2.1.1 L'importance d'une prise en charge plurielle dans une unité de temps et de lieu……..... 17

2.1.2 Aider les victimes à se reconstruire et à reprendre confiance en elle : l'exemple de la Maison des femmes et de la Maison de soie 23

2.2 Une structuration administrative et financière incertaine 27

2.2.1 La tarification à l'activité est un mode de financement inadapté 27

2.2.1 Le risque de dépendance de subventions instables dans le temps 28

3 Ces dispositifs s'intègrent dans des parcours de prise en charge plus globaux avec des enjeux majeurs de coordination des acteurs et de formation des professionnels de santé 31

3.1 Les difficultés rencontrées dans les parcours de prise en charge, notamment via les services d'urgence 31

3.1.1 Les difficultés de la prise en charge en urgence 35

3.1.2 Le sujet des certificats et prélèvements de médecine légale 39

3.2 Les difficultés de coordination avec les acteurs externes 42

3.2.1 La coordination avec la police et la justice 42
3.2.2 La coordination avec la médecine de ville 44
3.2.3 La coordination avec le Conseil départemental 45

Conclusion 47

Bibliographie 49

Liste des annexes I

Liste des sigles

ARS : Agence régionale de santé
ASE : Aide sociale à l'enfance
CEGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CHANGE : Centre hospitalier Annecy genevois
CIM 10 : Classification internationale des maladies (10ème révision)
CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale
CRIP : Cellule départementale de recueil des informations préoccupantes
CUMP : Cellule d'urgence médico-psychologique
DPU : Dossier patient des urgences
ETP : Equivalent temps plein
HAS : Haute autorité de santé
HCE : Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
INED : Institution national des études démographiques
IP : Information préoccupante
IVG : Interruption volontaire de grossesse
MIG : Mission d'intérêt général
OPP : Ordonnance de placement provisoire
ORL : oto-rhino-laryngologiste
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PACS : Pacte civil de solidarité
PMI : Protection maternelle et infantile
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
RPU : Résumé de passage aux urgences
UDAVE : Unité de dépistage et d'accompagnement du vécu traumatique de l'enfant
UMJ : Unité médico-judiciaire
USAS : Unité de santé affective et sexuelle

M é t h o d o l o g i e

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre de mon stage long de direction au Centre hospitalier Annecy Genevois (CHANGE), où j'ai participé au groupe de travail « Accueillir et accompagner les personnes victimes de violences », mis en place dans le cadre de la réflexion sur le futur projet d'établissement. J'ai également eu à recenser, en vue de l'actualisation de la convention Hôpital-Police-Justice, les difficultés rencontrées par les différents pôles de l'établissement dans leurs relations avec les forces de l'ordre, qui m'ont amené à traiter des problématiques de coordination des acteurs de la prise en charge des victimes de violences intrafamiliales.

J'ai écrit ce mémoire à partir d'une quinzaine d'entretiens réalisés avec les acteurs de la prise en charge des personnes victimes de violences intrafamiliales au CHANGE (liste des noms en annexe 1).

J'ai également réalisé une étude comparative de quatre structures prenant en charge les victimes de violences intrafamiliales, à partir d'entretiens avec leur responsable, réalisés sur la base d'un questionnaire unique (annexe 2). J'ai ainsi pu rencontrer le Dr Choquet, responsable de l'Unité de dépistage et d'accompagnement du vécu traumatique de l'enfant (UDAVE) au CHANGE, et le Dr Porquet, responsable de l'Unité de santé affective et sexuelle (USAS) du même établissement. J'ai également pu m'entretenir avec Mme Claire Laval, sage-femme coordinatrice de la Maison de soie de Brive-la-Gaillarde, et avec le Dr Ghada Hatem, fondatrice et responsable de la Maison des femmes de Saint-Denis.

Les quatre dispositifs étudiés, qui seront détaillés dans la deuxième partie du mémoire, s'intègrent dans un parcours plus large de prise en charge hospitalière et extrahospitalière qui sera quant à lui étudié dans la troisième partie du mémoire, consacrée plus spécifiquement aux parcours de prise en charge au CHANGE.

Eléments de compréhension des quatre structures étudiées

La Maison des femmes a été fondée en 2016 sous l'impulsion du Dr Ghadda Hatem à Saint-Denis. Elle a fait l'objet d'une médiatisation nationale forte ainsi que d'un soutien financier important de l'Etat, et s'est développée dans un territoire spécifique où la population souffre d'une plus grande précarité que la moyenne nationale et où les situations de violences sont plus nombreuses.

La Maison de soie de Brive a vu le jour en 2019. L'un de ses initiateurs, le Dr Claude Rosenthal, président de l'ONG Gynécologie sans frontières, s'est fortement inspiré de la Maison des femmes de Saint-Denis lors de la mise en place de son projet, dont l'idée lui est venu après sa rencontre au Congo avec le Dr. Denis Mugwege, prix Nobel de la paix en 2018.

L'UDAVE et l'USAS du CHANGE sont quant à elle des entités plus modestes mais en cours de développement. L'UDAVE a été créée en 2019 à la suite d'un appel à projet lancé par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes portant sur la réponse hospitalière pour la prise en charge et le repérage des enfants maltraités. L'USAS a été mise en place au CHANGE en 2015. Cette unité s'est installée dans ses nouveaux locaux en 2019, sur le site de Saint-Julien-en-Genevois. Un projet d'USAS est actuellement en cours de mise en place sur l'autre site hospitalier du CHANGE, à Annecy.

Si elles ont pour but de prendre en charge les victimes de violences intrafamiliales, ces quatre structures ne prennent pas en charge les mêmes publics, et leur mode de structuration ainsi que leur périmètre diffèrent d'un dispositif à l'autre.

	Maison des femmes	Maison de soie	UDAVE	USAS
Publics visés	Femmes	Hommes, femmes, enfants	Enfants	Hommes, femmes
Autres activités ou dispositifs intégrés	Centre de planification, centre IVG, chirurgie réparatrice	Aucune	Aucune	Centre de planification, centre IVG, centre de dépistage
Locaux dédiés	Oui	Oui	Non	Oui
Financements dédiés	Oui	Oui	Oui	Non
Rattachement juridique à l'hôpital	Oui	Non	Oui	Oui

- La Maison des femmes se concentre exclusivement sur la prise en charge des femmes, l'UDAVE sur la prise en charge des enfants, alors que la Maison de soie assure la prise en charge de ces deux types de publics, tout comme l'USAS, et s'apprête à développer la prise en charge des auteurs de violences.

- Contrairement à l'USAS du CHANGE qui est construite sur la réunion du centre IVG, du centre de planification (CPEF) et du centre de dépistage de l'hôpital (CEGIDD), la Maison de soie n'intègre aucune de ces activités et se concentre exclusivement sur la prise en charge des victimes de violences. La Maison des femmes de Saint-Denis intègre le centre de planification, le centre IVG, et prend également en charge une activité de chirurgie réparatrice, en plus de son parcours de prise en charge des violences. L'UDAVE est exclusivement dédié à l'accompagnement de la prise en charge des enfants victimes de violences, et n'intègre aucun autre dispositif spécifique.

- La Maison des femmes[1], l'USAS et l'UDAVE sont des structures internes à leur hôpital, alors que la Maison de soie est une structure distincte, autonome.

[1] La Maison des femmes est une structure complexe. Elle recouvre deux unités fonctionnelles (UF) du CH de Saint-Denis, et l'association « La maison des femmes de Saint-Denis ».

- La Maison de soie, l'USAS et la Maison des femmes disposent de locaux spécifiques, alors que l'UDAVE fonctionne plus comme une équipe mobile rattachée au service de pédiatrie.

- La Maison des femmes, la Maison de soie et l'UDAVE disposent de financements dédiés, alors que l'USAS est un projet mis en place à moyens constants.

Introduction

Chaque année en France, plus de 200 000 femmes sont victimes de violences physiques ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ancien conjoint[2]. De même, le nombre d'enfants victimes de maltraitance est estimé entre 3 et 10%[3]. Les diverses affaires qui ont agité l'actualité ces derniers mois, qu'il s'agisse de révélations d'agressions sexuelles, de viols ou d'incestes invite à se pencher sur le parcours et modalités de prise en charge et d'accompagnement des victimes de violences intrafamiliales. C'est pour répondre à une partie de ce fléau qu'a été décidé, à l'issue du Grenelle des violences conjugales tenu en septembre et novembre 2019, le déploiement sur tout le territoire de dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences.

Conformément à l'article 375 du code civil, les violences intrafamiliales touchant les enfants, que l'on peut également désigner par le terme de maltraitance, recouvrent les atteintes à leurs droits et besoins fondamentaux, à savoir la santé, la sécurité, la moralité, l'éducation, le développement physique, affectif, intellectuel et social. La maltraitance des enfants peut prendre différentes formes, comme des violences physiques, des violences psychologiques affectant la sécurité affective et relationnelle de l'enfant, des violences sexuelles (agressions sexuelles, viols, mutilations, prostitution, pédopornographie), ou encore des négligences, comme la privation de nourriture et de sommeil. De la même façon, les violences intrafamiliales touchant l'un des conjoints, plus communément appelées violences conjugales, revêtent plusieurs dimensions, à la fois physiques (coups et blessures), sexuelles (viol, attouchements), psychologiques (harcèlement, insultes, menaces) ou encore économique (privation de ressources financières et maintien dans la dépendance).

Le champ des violences intrafamiliales étudiées dans ce mémoire recouvre les violences subies par les femmes et les hommes dans le cadre de leur relation conjugale ou ancienne relation conjugale, ainsi que celles subies par les enfants. Il n'intègre pas l'étude de la prise en charge des auteurs de ces violences, malgré le caractère prioritaire que lui a donné le gouvernement lors du Grenelle des violences conjugales de 2019, et à la suite duquel deux appels à projets nationaux ont visé à promouvoir le déploiement de structures de prise en charge de ces auteurs.

[2] Rapport IGAS, BRANCHU C., VANACKERE S., 2017, La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation, p. 3.
[3] Données ARS Auvergne-Rhône-Alpes dans le Cahier des charges relatifs à la prise en charge hospitalière des enfants maltraités.

Ce mémoire aborde la prise en charge des victimes de violences intrafamiliales sous l'angle hospitalier. Même s'il évoque les liens avec les autres partenaires, il reste globalement circonscrit à l'étape hospitalière du parcours des victimes. Il n'évoque pas les difficultés spécifiques rencontrées par la police, la gendarmerie, la justice, les associations, les préfectures ou encore les conseils départementaux. Par exemple, les problématiques relatives à l'efficacité de la réponse pénale ou à l'hébergement des victimes ne sont pas traitées. De même, ce mémoire se consacrant à la prise en charge des victimes, il ne traite pas des enjeux de la prévention des violences intrafamiliales à l'échelle de la société. Il n'évoque que la prévention effectuée vis-à-vis des professionnels de santé.

L'hôpital joue un rôle majeur dans la prise en charge des victimes de violences intrafamiliales. Il est en effet la principale porte d'entrée dans le système de santé de ces victimes, via ses services d'urgences générales, gynécologiques ou pédiatriques, et les consultations réalisées par ses praticiens dans les services de gynécologie obstétrique, de maternité, de pédiatrie, d'orthopédie, de gériatrie et d'ORL. Les violences peuvent en outre être détectées lors d'une hospitalisation pour un motif sans rapport avec la violence subie. Si elles touchent tous les milieux sociaux, les violences intrafamiliales provoquent souvent la précarisation des publics concernés, qui se tournent plus généralement vers l'hôpital public pour le suivi de leur santé.

La prise en charge des victimes de violences intrafamiliales est particulièrement délicate. En effet, les victimes se replient parfois dans le déni ou ne parviennent pas à révéler les violences qu'elles ont subies. Elles cherchent parfois à les dissimuler. Le praticien qui les prend en charge pour un motif autre que le traitement des violences subies est alors chargé de détecter la violence, d'aborder le sujet avec le patient ou avec ses parents s'il s'agit d'un mineur, et éventuellement de faire un signalement auprès du département ou du ministère de la Justice. A ce sujet, la loi du 30 juillet 2020[4] autorise le médecin ou tout autre professionnel de santé à porter à la connaissance du procureur de la République les violences conjugales dont sont victimes leurs patients, par dérogation au secret médical.

Outre les problématiques de dépistage auxquelles font face les professionnels hospitaliers, la prise en charge des victimes de violences intrafamiliales est complexe en raison de la pluridisciplinarité des professionnels qu'elle mobilise. En effet, aux symptômes physiques présentés par les victimes s'ajoutent bien souvent un traumatisme psychologique, une

[4] Loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales

précarité sociale qui implique l'intervention des services sociaux et des associations, ainsi qu'une enquête judiciaire à laquelle collabore le médecin légiste. La reconstruction personnelle des victimes de ces violences nécessite également l'intervention d'intervenants dont le métier est d'organiser des groupes de parole, des ateliers de partage et de reprise de confiance en soi qui sont complémentaires de la prise en charge médicale, sociale et judiciaire. Ce « modèle de prise en charge holistique » (Dr Denis Mugwege) est absolument essentiel pour aider les patients victimes à retrouver le chemin d'une vie normale. De plus, en raison de leur particulière gravité, la prise en charge des victimes de violences intrafamiliales se fait parfois en urgence, ce qui accroît la complexité de leur traitement par les professionnels de santé, dans un contexte national d'embolisation des services d'urgence.

Ainsi, alors même que les victimes de violences intrafamiliales ont un besoin impérieux, en raison du traumatisme vécu, d'une prise en charge bienveillante, rapide et fluide, la multiplicité des acteurs intervenants à la frontière du monde médical, social et judiciaire peut avoir tendance à créer une certaine rigidité et inertie de la prise en charge, qui se transforme alors en un parcours du combattant pour les patients. C'est ce paradoxe que doit surmonter l'hôpital, en lien avec les autres acteurs, en jouant sur deux leviers essentiels : la coordination des acteurs et la formation des professionnels de santé.

L'objectif de ce mémoire est donc de répondre à la question suivante : comment l'hôpital public peut-il contribuer à l'amélioration de la prise en charge des victimes de violences intrafamiliales ?

*

Après avoir décrit la prise de conscience récente par les pouvoirs publics de l'ampleur des violences intrafamiliales et de la nécessité d'y répondre (I), nous verrons comment cette prise en charge pluridisciplinaire et holistique a été mise en œuvre au sein de structures dédiées. Nous analyserons le fonctionnement des deux dispositifs de prise en charge des victimes de violences intrafamiliales au Centre hospitalier Annecy Genevois, à savoir l'Unité de santé affective et sexuelles (USAS), et l'Unité de dépistage et d'accompagnement du vécu traumatique de l'enfant (UDAVE). Nous étudierons également deux autres dispositifs : celui de la Maison de soie de Brive-la-Gaillarde et celui de la Maison des femmes de Saint-Denis. Nous mettrons en avant les freins rencontrés par ces structures dans leur déploiement (II). Nous verrons enfin comment les parcours de prise en

charge dans lesquels s’intègrent ces structures au CHANGE pourraient être améliorés, notamment le parcours de prise en charge via les services d’urgence (III).

1 Longtemps délaissée, la prise en charge des victimes de violences intrafamiliales est devenue une préoccupation importante des pouvoirs publics

1.1 Les violences intrafamiliales constituent un enjeu de société capital

1.1.1 Des données récentes en cours de consolidation

Pendant longtemps, les données relatives aux violences intrafamiliales ont été très incomplètes et assez peu consolidées. Cela témoigne de la faible mobilisation des pouvoirs publics, mais également de la puissance du tabou qu'a constitué et que continue à certains égards de constituer aujourd'hui ce fléau.

C'est pourquoi l'Institut national des études démographiques (INED) a été missionné en 2015 pour conduire une vaste enquête sur les violences intrafamiliales – l'enquête « Violences et rapports de genre » (VIRAGE) – portant notamment sur les violences au sein du couple. Chaque année, environ 216 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques ou sexuelles infligées par leur conjoint[5]. On estime en outre à 125 000 le nombre de femmes adultes vivant en France et ayant subi des mutilations sexuelles[6]. De même, environ 82 000 hommes sont victimes chaque année de violences conjugales[7].

En ce qui concerne les violences sur les enfants, ils seraient plus de 52 000 à avoir été victimes de violences, mauvais traitements ou abandons en 2018[8]. Les violences conjugales et les violences sur les enfants sont parfois liées. 83 % des femmes qui ont appelé le 3919 en 2018 avaient des enfants et, dans 21,5 % des cas, ces enfants ont eux-mêmes été maltraités physiquement.

Les données issues du domaine de la santé relatives aux violences au sein de la famille restent partielles et non consolidées. Les données quantitatives disponibles et utilisées au

[5] Source : enquête « Cadre de vie et sécurité » 2010-2015 - INSEE-ONDRP. Ces chiffres sont des moyennes obtenues à partir des résultats des enquêtes de 2010 à 2015.
[6] Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Santé Publique France, n°21, 23 juillet 2019.
[7] Source : enquête « Cadre de vie et sécurité » 2011-2018 - INSEE-ONDRP.
[8] Dossier de presse « Mesures pour éviter les violences faites à nos enfants » du Ministère des solidarités et de la santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_plan_violences_faites_aux_enfants.pdf

plan national proviennent actuellement des statistiques des services de police, de gendarmerie, de la justice, ou encore des enquêtes cadre de vie, réalisées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en partenariat avec l'Observatoire national de la délinquance et de la réponse pénale (ONDRP) et le Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI). Elles ne proviennent pas des services de soin.

C'est pourquoi certains ARS, comme l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, ont lancé des études innovantes visant à recenser les victimes de violences conjugales et intrafamiliales prises en charge dans les hôpitaux, et notamment au sein de leur service d'urgence. Le but est d'analyser les codes CIM 10 (Classification internationale des maladies, 10ème révision) que les urgentistes peuvent inscrire dans le dossier patient des urgences (DPU) et qui apparaissent donc dans les résumés de passage aux urgences (RPU). Ces codes font mention de « sévices sexuels », de « sévices psychologiques », de « sévices physiques », ou encore de « difficultés infligées à un enfant par une personne de son entourage ». Ces codes sont également utilisés par les départements de l'information médicale des hôpitaux, lorsqu'elles reprennent les dossiers d'hospitalisation des patients et les transcrivent dans le PMSI.

Les codes de la classification CIM-10 relatifs aux violences intrafamiliales

T74 Syndromes dus à de mauvais traitements
T740 Délaissement et abandon
T741 Sévices physiques
T742 Sévices sexuels
T743 Sévices psychologiques
T748 Autres syndromes dus à de mauvais traitements
T749 Syndrome dû à de mauvais traitements, sans précision

Z61 Difficultés liées à une enfance malheureuse
Z610 Difficultés liées à une perte de relation affective pendant l'enfance
Z611 Difficultés liées au départ du foyer pendant l'enfance
Z612 Difficultés liées aux changements dans le tissu des relations familiales pendant l'enfance

Z613 Difficultés liées aux événements résultant de la perte de l'estime de soi pendant l'enfance Z614 Difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne de son entourage immédiat Z616 Difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant Z619 Difficulté liée à une enfance malheureuse, sans précision

Plusieurs faiblesses viennent néanmoins amoindrir la portée de ces enquêtes statistiques embryonnaires à l'hôpital :

- Les médecins urgentistes sont peu informés de l'existence de ces codes et, quand ils le sont, ne trouvent pas toujours le temps de les renseigner dans le DPU. Il en résulte qu'un certain nombre de prises en charge de victimes de violences intrafamiliales échappent au recensement. Le rôle du médecin urgentiste référent sur les violences faites aux femmes est déterminant dans la sensibilisation des autres professionnels sur ce sujet ;

- Les RPU ne sont issus que des services d'urgence générales, et de certaines urgences pédiatriques. Les urgences gynécologiques sont traitées comme des consultations. C'est pourquoi l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes réfléchit actuellement à déployer une seconde approche complémentaire, intégrant les consultations précoces et périnatales, ou encore les consultations d'addictologie, qui ne sont donc pour l'heure pas intégrées dans le recensement ;

- Beaucoup de victimes de violences intrafamiliales rentrent dans le parcours de soin par une autre porte que celles des urgences, notamment via des consultations ou des hospitalisations au cours de laquelle la violence est dépistée. Pour les consultations, aucun code n'est renseigné.

- Pour les hospitalisations, les codeurs des départements de l'information médicale ne sont pas toujours sensibilisés au renseignement de ces codes. S'ils le sont, ils se focalisent surtout sur les dossiers du pôle « Femme – mère – enfant », qui regroupe les services de pédiatrie, de gynécologie ou encore la maternité, et moins sur les autres services d'hospitalisation.

	Urgences				Hospitalisations			
	-18		+18		-18		+18	
	H	F	H	F	H	F	H	F
2020	1	2	0	5	3	8	1	0
2019	1	1	0	0	0	2	0	2

Source : extraction des bases du Service de l'information et de l'évaluation médicale du CHANGE.

En 2020, au Centre hospitalier Annecy Genevois, l'extraction des codes mentionnant la prise en charge d'une victime de violence indique que seulement 5 femmes adultes, un homme adulte et 14 enfants ont été pris en charge pour des violences, ce qui n'est pas représentatif de l'activité de prise en charge de ces victimes par le CHANGE.

En ce qui concerne plus particulièrement les enfants, au-delà des classifications CIM 10, le CHANGE, via son service d'information médicale, a créé un onglet « UDAVE » permettant de recenser les enfants pris en charge et ayant bénéficié d'une intervention de l'UDAVE. Ce recensement est plus complet et plus fiable que celui effectué sur la base des classifications CIM 10. Il a été mis en place dans le cadre d'une candidature à un appel à projet de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Entre le 1er janvier 2020 et le 31 juillet 2020, 27 dossiers ont été référencés. L'intérêt de cette fiche est qu'elle peut être remplie quelle que soit la porte d'entrée et le mode de prise en charge de l'enfant (urgences, consultation, hospitalisation).

Recommandation 1 : sensibiliser les médecins urgentistes et les codeurs du service de l'information médicale du CHANGE au renseignement des codes CIM 10, afin d'avoir une vision plus claire du nombre de prises en charge pour des violences au CHANGE.

Recommandation 2 : mettre en place un tableau de bord d'indicateurs permettant d'assurer le suivi de l'activité du CHANGE relative aux violences intrafamiliales (nombre de passages aux urgences, nombre de consultations, nombre de concertations pluridisciplinaires, nombre d'informations préoccupantes et de signalements effectués…). Intégrer ces éléments au rapport d'activité de l'établissement.

1.1.2 Un enjeu de société et de santé publique

Au-delà des chiffres dont l'énumération est alarmante, l'impérieuse nécessité de prendre en charge les victimes de violences intrafamiliales s'explique par les conséquences dramatiques que celles-ci peuvent avoir dans la construction des victimes tout au long de leur vie. Cela est particulièrement valable pour les enfants, car les violences commises à leur encontre nient le principe même du processus d'éducation. Parce « qu'il n'y a pas de violences sans lendemain »[9], parce « qu'il n'y a rien de plus grand, de plus beau et de plus sain dans la vie qu'un bon souvenir, surtout lorsqu'il provient du jeune âge »[10], la lutte contre les violences intrafamiliales est autant un enjeu de santé publique qu'un enjeu de société. A défaut d'être prévenues, ces violences doivent à tout le moins faire l'objet d'une prise en charge efficace pour en limiter les conséquences à court et à long terme.

Comme l'évoque Adrien Taquet, secrétaire d'Etat auprès de la ministre de la Santé et des Solidarités, « il y a sans doute dans le silence qui entoure encore [les violences intrafamiliales] l'effet d'une sidération et la volonté de taire l'insupportable. Mais c'est alors au prix de dures souffrances, car l'on connait désormais les effets délétères et durables de la violence faite aux enfants, son incidence non seulement sur les individus eux-mêmes mais aussi sur la société toute entière, puisqu'une violence dans l'enfance peut se répéter si le cercle de cette reproduction n'est pas brisé »[11]. Un enfant violenté risque davantage de reproduire cette violence à l'âge adulte.

En outre, dans les années 1980, Vincent Felitti et Robert Anda ont montré dans leur étude sur les « Adverse Childhood Experience »[12] qu'avoir subi des violences dans l'enfance était un facteur de mortalité précoce et de morbidité à l'âge adulte. De même, une étude publiée en 2016 a estimé le coût des violences infligées au sein du couple, en se focalisant notamment sur les conséquences que celles-ci peuvent avoir sur les enfants. Elle estime ce coût, pour l'année 2012, à 3,6 milliards d'euros environ, dont 8% du total – 280 millions d'euros – correspondent à des coûts médicaux directs[13]. La lutte contre les violences intrafamiliales constitue donc bien un enjeu de société et de santé publique.

---

[9] Citation de Victor Hugo tirée de ses Proses philosophiques
[10] Citation de Fiodor Dostoïevski tirée des Frères Karamazov
[11] Dossier de presse « Mesures pour éviter les violences faites à nos enfants » du Ministère des solidarités et de la santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_plan_violences_faites_aux_enfants.pdf
[12] « The relationship of adult health status to childhood abuse andhousehold dysfunction », American Journal of Preventive Medicine,14, 245-58.
[13] Catherine Cavallin et *aL «* Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en 2012 » (3 è^{me} étude de chiffrage).

1.2 La mobilisation des pouvoirs publics

1.2.1 Les plans nationaux de lutte contre les violences faites aux femmes et le Grenelle des violences conjugales

Les cinq plans nationaux de lutte contre les violences faites aux femmes

Longtemps absentes des préoccupations des pouvoirs publics, la prise de conscience de l'ampleur des violences faites aux femmes et de la nécessité de développer une prise en charge adaptée s'est progressivement accentuée depuis les années 2000. Cinq plans nationaux de lutte contre les violences faites aux femmes ont ainsi été déployés, dans la continuité desquels s'inscrit le Grenelle des violences conjugales qui s'est tenu entre novembre et décembre 2019.

Les politiques publiques ont d'abord mis l'accent sur le dépistage des violences faites aux femmes, leur mise en sécurité, leur accompagnement financier et leur insertion professionnelle, ainsi que sur la sensibilisation et la formation des professionnels de santé, sans se focaliser sur la prise en charge des victimes (plan 2005-2007 et plan 2008-2010). Si des progrès ont été réalisés dans la formation des professionnels, l'accompagnement à la réinsertion des victimes est resté insuffisant[14].

Dans le cadre du 3ème plan national de lutte contre les violences faites aux femmes, le décret du 3 janvier 2013[15] a créé la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF), placée sous l'autorité de la ministre en charge du droit des femmes. Il lui revient notamment d'élaborer un plan national de formation sur les violences faites aux femmes à destination des professionnels de santé, ainsi que réunir et diffuser les données sur les violences faites aux femmes. Ce plan met également l'accent sur l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des femmes victimes de violences.

[14] RAPPORT D'INFORMATION DU SENAT 2006-2016 : UN COMBAT INACHEVE CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES, 2016, Délégation aux droits des femmes.

[15] Décret n° 2013-7 du 3 janvier 2013 portant création d'une mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

La prise en charge des femmes victimes de violence est davantage intégré au 4ème plan national de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016), dans lequel s'est inscrit le rapport Fontanel-Pelloux-Soussy de 2014[16] sur la définition d'un protocole national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes victimes de violences. Il met entre autres l'accent sur la prise en charge en urgence des victimes de viol. C'est dans ce cadre que la circulaire du 25 novembre 2015[17] met en place les référents sur les violences faites aux femmes dans les services d'urgence, et que la loi du 4 août 2014[18] intègre aux programmes de formation des professionnels médicaux et paramédicaux le thème de la prise en charge des femmes victimes de violences.

Enfin, le 5ème plan national (2017-2019) de lutte contre les violences faites aux femmes a pour objectif premier de « Sécuriser et renforcer les dispositifs qui ont fait leurs preuves pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences et assurer l'accès à leurs droits ».

Le Grenelle des violences conjugales (septembre-novembre 2019)

Le 3 septembre 2019, le Premier ministre Edouard Philippe a lancé le Grenelle des violences conjugales. L'un des onze groupes de travail était consacré aux violences intrafamiliales. Dès le lancement du grenelle, et avant même la restitution des travaux, plusieurs mesures d'urgences ont été prises et sont en cours de mise en œuvre, dont l'une d'elle concerne directement la prise en charge des victimes de violences conjugales à l'hôpital, à savoir la prise de plainte à l'hôpital pour les victimes dans l'incapacité de se déplacer, notamment en raison d'une hospitalisation. Des conventions entre les directions d'hôpital et les services de police et gendarmerie doivent organiser les modalités du dépôt de plainte sur place, en lien avec les ARS.

A l'issue du Grenelle, plusieurs autres mesures concernant la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales ont été prises :

- Le signalement des violences conjugales au procureur de la République

[16] Rapport public, FONTANEL M., PELLOUX P., SOUSSY A., 2014, Définition d'un protocole national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes victimes de violences.
[17] CIRCULAIRE N° DGOS/R2/MIPROF/2015/345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgences, de référents sur les violences faites aux femmes.
[18] LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

La loi du 30 juillet 2020[19] permet aux médecins ou tout autre professionnel de santé d'alerter le procureur de la République au sujet des violences conjugales dont sont victimes leurs patientes, par dérogation à l'obligation de secret professionnel auquel ils sont tenus (article 226-14 du code pénal). Le professionnel de santé doit chercher à recueillir le consentement de la victime majeure. S'il n'y parvient pas, il peut passer outre en informant la victime du signalement qu'il compte faire avant d'alerter le procureur de la République.

Cette dérogation est néanmoins strictement encadrée. Ne sont concernées que les violences intervenues dans le cadre du couple, commises par l'actuel ou l'ancien conjoint, quel que soit ou quel qu'ait été la forme de l'union (mariage, PACS, concubinage). Les violences constatées doivent mettre la vie de la victime majeure en danger immédiat, et celle-ci doit être dans une situation d'incapacité de se protéger, du fait de la contrainte morale résultant de l'emprise exercé par l'auteur des violences.

Le professionnel de santé conserve une marge de manœuvre dans l'appréciation de la situation. Le signalement n'est pas une obligation et dépend de l'intime conviction du professionnel. Celui-ci ne peut voir sa responsabilité civile, pénale ou professionnelle engagée à raison de faits non signalés ou de signalements réalisés de bonne foi.

- Le déploiement de structures dédiées à la prise en charge psychologique et sociale des femmes victimes de violences

Cet engagement vise à pérenniser les structures de prises en charge des victimes de violences conjugales déjà existantes, et à financer le déploiement de nouvelles structures de ce type dans les territoires sous-dotés. Dans la lignée du rapport de l'IGAS de 2017[20], l'engagement a été pris de créer une mission d'intérêt général (MIG) afin d'assurer le financement de ces structures.

C'est l'objet de l'instruction du ministre de la santé en date du 18 novembre 2020[21], qui définit un cahier des charges nationales décrivant l'organisation et les missions de ce type de structure, afin de guider les ARS dans le choix des projets à financer. Les ARS sont

[19] Loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales
[20] Rapport IGAS, BRANCHU C., VANACKERE S., 2017, La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation,
[21] INSTRUCTION N° DGOS/R3/2020/201 du 18 novembre 2020 relative au renforcement de la prise en charge des femmes victimes de violences sur le territoire.

chargées de sélectionner les projets les plus aboutis et les plus cohérents avec l'offre de prise en charge déjà existante sur le territoire. Le cahier des charges national précise que « les dispositifs doivent être implantés dans des établissements de santé assurant a minima une activité d'urgences et de gynécologie-obstétrique. Ils pourront autant que de besoin disposer d'activités spécialisées telles que l'activité d'interruption volontaire de grossesse (IVG), l'activité de chirurgie générale et spécialisée, l'activité de psychiatrie, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), etc. ». Deux missions devront être assurées par ces dispositifs : assurer la prise en charge des femmes victimes, et contribuer à l'animation des professionnels sur le territoire dans le champ des violences faites aux femmes (formation et sensibilisation des professionnels, coordination, recensement de l'offre de soin).Le cahier des charges national définit également un socle de ressources humaines dédiées à ces dispositifs de 3 ETP minimum, incluant du temps infirmier, de sage-femme, de psychologue, d'assistante sociale et de conseillère conjugale.

Plusieurs appels à projet ont d'ores et déjà été lancé, en Ile-de-France ou en Normandie par exemple.

Preuve de la prise de conscience des pouvoirs publics, la Haute autorité de santé (HAS) a publié en juin 2019 ses premières recommandations[22] en matière de bonnes pratiques sur le dépistage et la prise en charge des violences conjugales. Ces recommandations visent à sensibiliser les professionnels de santé, et à leur fournir des outils indispensables à leur mobilisation.

1.2.2 La protection de l'enfance et le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants

La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant

Cette loi[23] a remanié les dispositifs publics de protection de l'enfance. Elle instaure notamment :

[22] Recommandation HAS, 2019, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Haute Autorité de santé (has-sante.fr)

[23] LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

- La Cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP), auprès du Conseil départemental, qui les centralise conformément à un protocole signé avec le Préfet le procureur de la République et les autres partenaires institutionnels.

Les informations préoccupantes adressées à la CRIP sont évaluées par une équipe multi professionnelle, qui peut éventuellement faire un signalement à l'autorité judiciaire. Les équipes soignantes qui constatent ou suspectent des actes de maltraitance peuvent saisir la CRIP d'une information préoccupante, ou faire directement un signalement à l'autorité judiciaire en cas de danger imminent pour l'enfant.

- Le médecin référent « protection de l'enfance »

Son rôle est d'améliorer la coordination entre les différents intervenants dans la prise en charge des enfants victimes de violences (professionnels hospitaliers et libéraux, CRIP, services départementaux, médecins scolaires).

Le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants (2017-2019)

Ce plan se concentre sur les violences intrafamiliales de toutes natures (physiques, psychologiques, sexuelles et les négligences). Il prévoit notamment la mise en place dans tous les hôpitaux de médecins référents sur les violences faites aux enfants, et la mobilisation des professionnels en contact avec les enfants, en les formant à la détection et aux conduites à tenir face aux violences faites aux enfants.

Il se décline en 5 grands volets. Il traite particulièrement de l'enjeu de la libération de la parole des enfants, en fixant un objectif de « zéro appel sans réponse » au numéro 119 « Allo enfance en danger », en renforçant les CRIP, en prévoyant le déploiement d'unités d'écoute et d'accueil spécialisées sur tout le territoire, et en renforçant le travail en réseau des professionnels.

La stratégie nationale de santé 2018 – 2022

La stratégie nationale de Santé, issue du décret du 29 décembre 2017[24], affiche un objectif particulier, à savoir « prévenir les violences et les maltraitances sur les enfants ». Cet objectif se décline en cinq axes :

- Sensibiliser le public aux effets de la violence par des campagnes de communication ;
- Renforcer les techniques de repérage des signaux de maltraitances et de violences, notamment pour les différents types de professionnels en contact avec les enfants ;
- Développer des actions d'information en direction des médecins et des enseignants sur les problématiques de la protection de l'enfance ;
- Améliorer la prise en compte de la santé physique et mentale des enfants en protection de l'enfance ;
- Poursuivre le travail de professionnalisation du recueil de la parole des enfants victimes ou suspects de l'être (formation continue des professionnels concernés de la police et de la gendarmerie, déploiement des unités d'accueil des mineurs victimes ;
- Accompagner les mineurs auteurs de violences pour prévenir la récidive.

24 Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022

2 A la fois complexe et pluriprofessionnelle, la prise en charge au sein des dispositifs dédiés aux victimes de violences intrafamiliales nécessite une structuration administrative et financière adaptée

2.1 La nécessité d'une prise en charge holistique

2.1.1 L'importance d'une prise en charge plurielle dans une unité de temps et de lieu

Dans le Livre noir des violences sexuelles[25], la psychiatre Muriel Salmona souligne le « parcours du combattant » que représente pour les victimes de violences sexuelles leur prise en charge, et parle même de « victimes à nouveau traumatisées sous couvert de soins ».

Le parcours de prise en charge des victimes de violences intrafamiliales est souvent vécu comme une épreuve. Les femmes victimes de violences doivent à la fois être prises en charge sur le plan somatique et psychologique, porter plainte au commissariat de police, subir des prélèvements gynécologiques, ou encore chercher un nouveau logement. Le récit des faits et la description de la violence subie est extrêmement difficile pour la victime. Il en va de même pour les enfants, qui font parfois l'objet d'une ordonnance de protection et doivent être temporairement hébergés en dehors de leur domicile familial. Il est donc primordial que la prise en charge de ces victimes se fasse dans une unité de lieu et même de temps, ainsi que de façon pluri professionnelle.

Une prise en charge pluri professionnelle

Les trois tableaux ci-dessous qui recensent le capacitaire en ressources humaines des dispositifs étudiés nous permet de voir la diversité des intervenants dans le parcours de prise en charge des victimes de violences intrafamiliales. Ceux-ci sont rémunérés par l'hôpital ou par le partenaire qui les emploie, ou agissent à titre bénévole. S'ils s'organisent différemment selon la structure étudiée, les dispositifs de prise en charge repose sur trois piliers : un pilier médico-psychologique, un pilier social et un pilier juridique.

[25] SALMONA M., 2019, Le livre noir des violences sexuelles, Paris, Dunod.

- **Le premier pilier de la prise en charge est bien sûr le soin**

Étant donné le traumatisme psychologique subi par les victimes de violences intrafamiliales, leur prise en charge doit être à la fois somatique et psychologique. C'est pourquoi, dans les quatre dispositifs étudiés, un temps de psychologue est systématiquement associé au temps médical et paramédical.

Le capacitaire RH dédié à la prise en charge médicale, soignante et psychologique (en ETP)			
UDAVE	**USAS**	**Maison de soie**	**Maison des femmes**
IDE : 0,3 Psychologue : 0,1	Gynécologue : 0,6 Sage-femme : 0,45 Psychologue : 0,4	Sage-femme : 1 Médecin légiste : 0,1 Psychologue :0,45 Psychothérapeute : 0,2	Médecins : 2,2 IDE : 0,8 Aide-soignante : 1 Psychologue : 2,5 Sage-femme : 1,3

On peut observer qu'il n'y a pas de temps de pédiatre consacré à la prise en charge des enfants victimes de violences. Cela s'explique, pour la Maison de soie, par un retard de lancement dans la prise en charge des enfants victimes de violences en raison des difficultés à trouver un pédospsychologue, et, pour l'UDAVE, par un arbitrage sur le déploiement des ressources disponibles. Une pédiatre consacre cependant une partie de son temps de travail à l'UDAVE, de façon informelle. Le temps médical déployé à la Maison des femmes concerne du temps de gynécologue, de sexologue, de pédiatre (pour la prise en charge des enfants des femmes victimes de violences), de médecin légiste (pour la rédaction de certificat d'ITT) et de psychiatre.

A la Maison de soie, un médecin légiste assure une permanence une demi-journée par semaine pour des consultations de victimologie. Au CHANGE, ces consultations sont assurées par le médecin légiste de l'unité médico-psycho-judiciaire. Pour la Maison des femmes, ce sont les médecins légistes de l'hôpital Jean Verdier de Bondi qui assurent ces consultations, lorsqu'elles sont faites sous réquisition judiciaire.

Il est important de rappeler que les effectifs déployés au sein de chacune des structures étudiées doivent être mis en regard avec les activités réalisées, telles que décrites au début de ce mémoire.

A la Maison des femmes, les consultations médicales représentent 29% de l'activité totale de consultation, contre 27% pour les psychologues et 18% pour les sages-femmes[26].

- **Le deuxième pilier de la prise en charge est l'accompagnement social des victimes de violences intrafamiliales**

Le capacitaire RH dédié à la prise en charge médico-sociale (en ETP)			
UDAVE	USAS	Maison de soie	Maison des femmes
Assistante sociale : 0,2	Assistante sociale : 0,1 Conseillère conjugale : 1	SOS Violences conjugales : 0,3	Assistante sociale : 1 Conseillères conjugales : 2,5 SOS Femmes 93 : 0,2

L'intégration du traitement des problématiques sociales est un élément caractéristique de ces dispositifs. Les assistantes sociales et conseillères conjugales réalisent un état des lieux des différentes situations familiales, formulent des conseils (soutien de la parentalité, éducation à la santé sexuelle et reproductive, conseil conjugal), et aident les victimes à entreprendre les démarches administratives dont elles ont besoin (accès à un logement d'urgence, aide à la garde d'enfants).

La Maison de soie et la Maison des femmes se distinguent par la mise en place d'une permanence associative en matière sociale, permettant aux victimes de s'adresser directement à des associations spécialisées dans la réalisation d'une démarche sociale, comme par exemple l'aide à l'hébergement. Une permanence administrative a également vu le jour en 2020 à la Maison des femmes. Elle aide les victimes à effectuer les démarches inhérentes à leur situation administrative.

A l'inverse, l'USAS ne joue actuellement qu'un rôle d'orientation vers ce type d'association (essentiellement Espace femme et Ni Putes ni Soumises pour l'accompagnement psycho-

[26] Rapport d'activité 2019 de la Maison des femmes

social et l'aide à l'hébergement). Le personnel de ces associations n'intervient pas directement à l'USAS.

Il en va de même pour l'UDAVE qui ne joue qu'un rôle d'aiguilleur vers les partenaires institutionnels (PMI, ASE) et associatifs (Point écoute 74 pour les parents démunis vis-à-vis de leur enfant) sans que ces partenaires aient une permanence sur place pleinement intégrée au dispositif de prise en charge.

- **Le troisième pilier de la prise en charge est l'accompagnement et la préparation des victimes aux démarches judiciaires qu'elles sont en droit d'entreprendre**

Le capacitaire RH dédié à la prise en charge juridique (en ETP)			
UDAVE	USAS	Maison de soie	Maison des femmes
		Intervenant social du commissariat : 0,1 Juriste de l'ARAVIC : 0,1 Juriste du CIDFF : 0,05	Délégué à la cohésion police / population : 0,1 Conseil juridique : 0,1

L'accompagnement des victimes dans leurs démarches judiciaires est essentiel afin qu'elles puissent recourir à leurs droits en la matière si elles le souhaitent. En effet, selon l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP), entre 2008 et 2015, seulement 13 % des personnes se déclarant victimes de viol ont déposé plainte[27].

La Maison de soie et la Maison des femmes ont instauré une permanence d'intervenants faisant le lien avec les services de police et de justice, afin de faciliter le dépôt de plainte et conseiller aux mieux les victimes dans leurs démarches de réparation en justice. Preuve du succès de ce type de dispositif, le taux de femmes déposant une plainte après avoir été victimes de violence est passé de 10 à 74%[28].

Bien qu'en projet, l'USAS ne dispose actuellement pas de telles permanences au sein de ses locaux. Elle oriente cependant les victimes prises en charge vers les associations compétentes (AVIJ, AVEMA), comme elle le fait déjà pour les associations du domaine

[27] Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2017

[28] Chiffres donnés par Mme Hatem lors de notre entretien.

social. De même, l'UDAVE oriente les enfants victimes de violences vers l'association Enfance 74 qui les préparent à faire face aux audiences judiciaires.

Outre l'assistance au dépôt de plainte, ces associations peuvent également aider les victimes dans leurs démarches auprès de juge aux affaires familiales afin d'obtenir une ordonnance de protection. En effet, ce dernier peut prononcer à l'encontre de l'agresseur présumé une interdiction d'entrer en contact avec la victime, l'interdiction de se rendre dans certains lieux, ou encore l'obligation de suivre une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique.

Recommandation 3 : prévoir avec les associations du secteur social et juridique des permanences dans des locaux dédiés à proximité de l'USAS et de l'UDAVE, afin de fluidifier le parcours de prise en charge.

Une prise en charge dans une unité de temps et de lieu

En préservant le plus possible l'unité de temps et de lieu de la prise en charge, les dispositifs étudiés permettent aux patients de ne pas avoir à répéter trop de fois le récit des violences subies. De plus, parce que les acteurs de la prise en charge se concertent dans un même lieu, les patients se sentent mieux accueillis et les informations se transmettent de façon plus fiable et efficace. Néanmoins, hormis quelques témoignages recueillis, il n'existe pas d'évaluation poussée de la perception par les victimes de cette nouvelle organisation de la prise en charge.

Les dispositifs les plus poussés en matière d'unité de lieu et de temps sont ceux de la Maison de soie et de la Maison des femmes.

A la Maison de soie, les victimes sont d'abord vues en consultation par une sage-femme coordinatrice. Ce premier rendez-vous a pour but d'évaluer le danger de la situation ainsi que les besoins de la patiente (par exemple en matière de logement). Elle fait le point sur sa situation personnelle (familiale, professionnelle, administrative) et sur sa situation médicale (antécédents et situation actuelle en matière d'IVG, de contraception, de grossesse, d'idées suicidaires…). La sage-femme coordinatrice recueille également les faits de violence dont aurait été victimes la patiente. Cet entretien est souvent mené en binôme voire trinôme, avec un psychologue et / ou un autre partenaire (ARAVIC, SOS Violences conjugales), selon les disponibilités de chacun et selon les besoins de la patiente déjà identifiés par téléphone par la secrétaire de la Maison de soie. C'est à l'issue de ce

premier rendez-vous que la coordinatrice oriente la patiente vers les autres intervenants de la prise en charge présents sur place et décide, de façon concertée, de l'ouverture du parcours résilience (cf infra).

De la même façon, à la Maison des femmes, les patientes prises en charge au sein de l'unité « violence conjugales, intrafamiliales, sexistes et sexuelles » sont d'abord vues lors d'une consultation menée en binôme associant une gynécologue et / ou une sage-femme et un psychologue. Cette évaluation médico-psychologique permet de déterminer le parcours de soin de la patiente, en l'orientant vers les ateliers, les groupes de parole, et les autres soins proposés (consultation de sexologue, de kinésithérapie…). Si elle le nécessite, la patiente peut être orientée vers les intervenants du secteur social qui réalise alors une évaluation sociale de ses besoins et proposent une solution pour y répondre.

L'UDAVE s'inscrit également dans la logique d'unicité de la prise en charge, mais d'une manière différente. A défaut de pouvoir recevoir l'enfant en une seule fois avec tous les intervenants de la prise en charge, elle garantit que l'enfant est accompagné par la même infirmière tout au long de son parcours. L'infirmière de l'UDAVE est présente lors des consultations aux urgences, accompagnée de l'assistante sociale, intervient dans les services de l'hôpital qui lui signalent un enfant relevant de l'UDAVE, accompagne l'enfant dans les consultations de victimologie du médecin légiste… Cela permet à l'enfant d'avoir une personne référente qui connaît son histoire. Cela lui évite d'avoir à répéter un récit difficile à raconter.

Malgré l'absence de permanences associatives, l'USAS garantit une certaine unité de la prise en charge dans le temps. Après son rendez-vous avec une gynécologue ou une sage-femme, le patient poursuit dans la foulée son parcours, en rencontrant un psychologue ou une conseillère conjugale qui veillent à synchroniser son agenda avec celui du médecin. Les associations sont parfois contactées par téléphone lors d'une consultation en présence du patient, afin de faciliter ses démarches et de faire le lien.

Dans les quatre dispositifs étudiés, la question du signalement à la CRIP ou à l'autorité judiciaire est discutée, lorsqu'elle se pose, lors de réunion de concertation pluridisciplinaire rassemblant les acteurs de la prise en charge médicale, psychologique et sociale.

<u>Recommandation 4 :</u> systématiser les consultations pluriprofessionnelles à l'USAS, associant le médecin et le psychologue, pour les patients orientés vers la cellule « violences ». Inscrire le projet d'USAS sur le site d'Annecy dans le projet d'établissement.

2.1.2 Aider les victimes à se reconstruire et à reprendre confiance en elle : l'exemple de la Maison des femmes et de la Maison de soie

Certains dispositifs de prise en charge des violences intrafamiliales ont développé, en plus d'une prise en charge médicale stricto sensu et d'un accompagnement social et judiciaire des parcours de reprise de confiance et de restructuration personnelle des victimes. Cet aspect constitue un maillon essentiel de la prise en charge.

<u>Des groupes de parole</u>

La première phase de ce parcours repose sur des groupes de parole au sein desquelles les victimes peuvent échanger sur ce qu'elles ont vécu, et prendre conscience qu'elles ne sont pas seules dans leur situation. La Maison des femmes de Saint-Denis propose quatre groupes de parole, rassemblant entre 15 et 20 femmes chacun et portant sur les thèmes suivants :

- Les mutilations sexuelles (animé par un chirurgien et un anthropologue) ;
- Les violences conjugales (animé par une sage-femme et une conseillère conjugale) ;
- Les violences sexuelles (animé par une sage-femme et une psychologue) ;
- L'inceste (animé par une sage-femme et une psychologue).

Ces groupes de partage permettent aux femmes de sortir de leur solitude. Comme l'explique Mme Hatem, « la violence est une expérience assez partagée, et pourtant toutes les femmes qui en sont victimes pensent qu'elles sont seules au monde à vivre ce calvaire.

Dans les groupes de parole, elles se rendent compte qu'elles vivent des choses similaires, et prennent petit à petit conscience qu'elles ne sont pas responsables de cette violence. »[29]

Il n'existe pas de groupes de parole en tant que tels organisés à la Maison de soie, mais il existe néanmoins des échanges informels entre les victimes en amont et en aval des ateliers de reprise de confiance en soi.

Les ateliers de restructuration personnelle

Ces ateliers constituent la deuxième phase du parcours de reconstruction des victimes. La Maison des femmes propose huit ateliers psychocorporels visant à améliorer l'estime de soi, rassemblant entre 5 et 15 participantes à chaque séance. Ces ateliers sont l'occasion pour les femmes qui y participent non seulement de sortir de leur isolement, mais de pouvoir s'exprimer corporellement et développer leurs compétences.

- L'atelier « Réparer l'intime », animé par une créatrice de bijoux et un photographe, donne l'occasion aux femmes de créer leur propre bijou, d'être photographiées et de dessiner leur portrait.

- L'atelier « Danse orientale » permet aux femmes de prendre conscience de leur corps et de lâcher prise. Il débute par un automassage et s'achève par un exercice de danse libre où chacune peut exprimer sa créativité.

- L'atelier « Théâtre » permet un travail sur la mise en scène, la mémoire et la créativité. Il est animé par un metteur en scène et donne lieu à une représentation.

- L'atelier « Karaté » permet aux femmes de se reconstruire et de s'émanciper par l'apprentissage de techniques de défense.

- L'atelier « alphabétisation » permet aux femmes étrangères ou analphabètes, par des cours de lecture, d'écriture et de mathématiques, d'acquérir une certaine autonomie dans leur vie quotidienne.

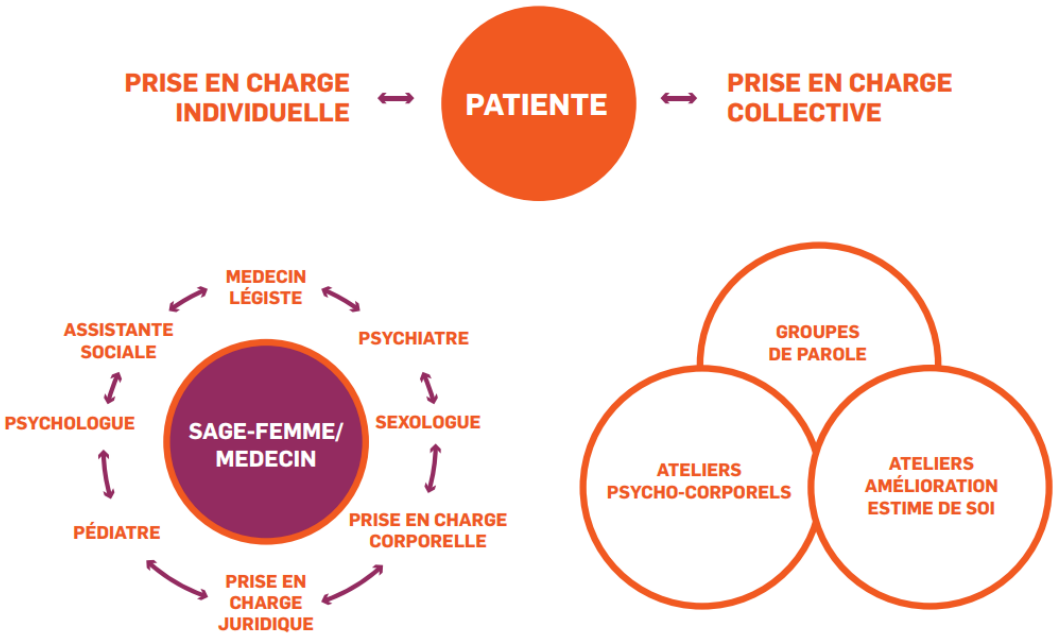
[29] Rapport d'activité de la Maison des femmes, 2019

Trois nouveaux ateliers ont vu le jour en 2020 : l'atelier « Beauté », l'atelier « Percussions » et l'atelier « Jardinage ».

De façon similaire, la Maison de soie de Brive-la-Gaillarde a élaboré un « parcours résilience », où cours duquel les femmes accueillies s'exercent au théâtre, à la danse et au karaté.

Grâce à ces ateliers, ces femmes prennent conscience qu'elles existent, qu'elles sont des personnes avec des capacités d'expression et de création. Une prise en charge collective s'ajoute donc à la prise en charge individuelle.

Gabrielle, une ancienne patiente de la Maison des femmes, a témoigné de son expérience[30] : « J'ai trouvé une écoute attentive auprès des soignants et un soutien moral. J'ai été orienté vers le service juridique qui m'a permis d'obtenir les conseils d'une avocate. J'ai aussi pu rencontrer d'autres femmes victimes de violences, ce qui m'a aidé à ne pas me sentir seule dans cette épreuve, durant ma phase de reconstruction ».



Source : rapport d'activité 2019 de la Maison des femmes.

[30] Rapport d'activité 2019 de la Maison des femmes

Le modèle de la Maison des femmes est précurseur tant sur le plan national qu'international. Une trentaine d'acteurs sont venus à la rencontre de son équipe en 2020, pour découvrir la structure et bénéficier de conseils. Elle a inspiré les initiateurs de la Maison de soie à Brive, mais également ceux de la Maison d'Ella à Bordeaux et du 320 Rue Haute à Bruxelles. Six projets du même type sont actuellement en gestation et pourrait voir le jour en 2021, à la Pitié-Salpêtrière, à Marseille, à Reims, à Versailles / Plaisir, à Rennes ainsi qu'à Mexico.

2.2 Une structuration administrative et financière incertaine

2.2.1 La tarification à l'activité est un mode de financement inadapté

Comme le souligne l'IGAS dans son rapport de 2017, « le cadre de la tarification à l'activité (T2A) est insuffisant pour financer [le fonctionnement de ce type de structure], et les recettes d'activité ne peuvent couvrir qu'une partie des moyens engagés dans la prise en charge ». En 2020, la production de soins de la Maison des femmes s'est élevée à 490 484 euros, alors que son budget global s'élevait à 1 284 346 euros[31].

En effet, certaines des activités réalisées ne génèrent pas de recettes, ou en tout cas ont un taux de recouvrement faible, notamment en raison d'une absence de prise en charge par l'assurance maladie.

C'est le cas des consultations de psychologues, qui sont rarement facturées, et qui pourtant constituent une part importante de l'activité de ces structures. Au CHANGE, le tarif de la consultation de psychologue est fixé à 45 euros, mais aucun dossier ne contient cette facturation. Il en va de même pour les assistantes sociales et les conseillères conjugales dont l'activité n'est pas valorisée.

De plus, la prise en charge des victimes de violences intrafamiliale étant complexe, la durée des consultations médicales est plus longue que la moyenne, ce qui amoindrit leur rentabilité financière.

Enfin, une partie du temps des médecins ou infirmiers intervenant dans ses structures est consacré à des tâches de coordination avec les acteurs externes et internes à l'établissement. Or, là encore, ces tâches ne sont pas valorisées sur le plan financier.

Il en résulte des difficultés de financement pour ces structures, qui sont plus ou moins importantes selon la diversité des activités qu'elles réalisent :

- La Maison des femmes et l'USAS génèrent des recettes directes pour leur établissement du fait de leur activité d'IVG. La Maison des femmes de Saint-Denis génère également des recettes liées à son activité de chirurgie réparatrice. Les

[31] Rapport d'activité de la Maison des femmes, 2020

consultations médicales assurées par ces deux dispositifs sont facturées de façon classique.

- La Maison de soie ne génère à l'heure actuelle aucune recette financière. En effet, n'étant pas un service hospitalier mais une association à but non lucratif, elle ne peut pas facturer les consultations qu'elle délivre. Une réflexion est néanmoins en cours pour rattacher juridiquement la Maison de soie au Centre hospitalier de Brive (comme unité fonctionnelle) afin de solutionner ce problème.

- L'activité de l'UDAVE, du fait de son caractère d'équipe mobile et de conseil, venant en appui des consultations à l'unité médico-psycho-judiciaire, aux urgences pédiatriques et dans les services, ne génère aucune recette pour l'établissement. Seules les consultations assurées par la pédiatre référente sont directement valorisées financièrement.

2.2.1 Le risque de dépendance de subventions instables dans le temps

Des financements extérieurs stables existent pour des activités connexes à la prise en charge des violences

Certaines de ces structures bénéficient d'un financement pérenne de partenaires publics, car elles intègrent des dispositifs connexes à la prise en charge des violences *stricto sensu*. C'est le cas de l'USAS et de la Maison des femmes car ces deux structures ont intégré le centre de planification, financé par le Conseil départemental. L'USAS bénéficie également, au titre du centre orthogénie, d'un financement de l'ARS.

La dépendance de subventions extérieures non pérennes

En raison de l'inadaptation du modèle de financement à l'activité, ces structures ne peuvent fonctionner durablement, et encore moins voir le jour, sans un financement extérieur, qu'il provienne des collectivités locales, de l'Etat (ministère, ARS, préfecture) ou encore de partenaires privés. Ainsi, pour l'année 2020, la Maison de soie, qui est une association régie par la loi de 1901, bénéficie d'un don de 43 000 euros de la part de la Fondation des

femmes, et de subventions de l'ARS et de la préfecture respectivement à hauteur de 50 000 euros et 5 000 euros. Elle ne parvient à boucler son budget que grâce à une subvention de 20 000 euros de la région Nouvelle-Aquitaine.

De même, la mise en place de l'UDAVE a été financée par une subvention de 80 000 euros, versée par l'ARS en deux temps (40 000 euros en 2020 et 40 000 euros en 2021).

L'USAS est une structure plus embryonnaire, créée à moyens constants à partir du rapprochement et de la mise en commun des moyens du CPEF, du centre d'orthogénie et du CEGIDD.

La Maison des femmes est une structure complexe, rassemblant deux UF de l'hôpital de Saint-Denis et une association de type loi de 1901, « La maison des femmes », qui récolte les dons des mécènes. Elle est très largement financée par des partenaires extérieurs publics (région, commune, Etat) à hauteur de37% (476 642 euros) et par des acteurs privés (fondations et entreprises privées, dont la Fondation des femmes) à hauteur de 24% (317 320 euros).

Ces financements externes sont majeurs pour le déploiement des structures de prise en charge de victimes de violences intrafamiliales. Or, ces subventions et donations sont potentiellement instables, et sont à la discrétion des donateurs, ce qui ne permet pas de stabiliser leur activité dans le temps. Cela est problématique, d'autant que les activités concernées ont une importance sociale toute particulière et ne peuvent donc être tributaires des aléas de leur mode de financement.

Solution de premier niveau : la contractualisation pluriannuelle avec les financeurs

Il est donc nécessaire pour ces structures de contracter avec leurs financeurs pour définir des engagements pluriannuels. De plus, il est nécessaire qu'elles soient systématiquement adossées juridiquement à un hôpital, afin de pouvoir déverser leur déficit dans celui de l'hôpital, plus robuste pour le supporter, en cas de défaillance des financements.

Des quatre structures étudiées, seule la Maison de soie est juridiquement distincte de son hôpital de rattachement : c'est pourquoi ses responsables souhaitent aujourd'hui que la Maison de soie devienne une unité fonctionnelle du Centre hospitalier de Brive, afin de sécuriser financièrement l'activité de leur structure, et d'être en capacité de facturer les consultations réalisées.

<u>Recommandation 5 :</u> entamer un dialogue avec l'ARS AURA pour négocier un financement pluriannuel de l'UDAVE.

<u>Solution pérenne : la création de MIG nationales</u>

Cette solution a été proposée par l'IGAS dans son rapport de 2017 sur la prise en charge des femmes victimes de violences. Cette MIG a été mise en œuvre à la suite du Grenelle sur les violences conjugales. Elle est en cours de déploiement et pourrait être étendue à tous les dispositifs de prise en charge des victimes de violences intrafamiliales de façon générale, incluant les violences sur les hommes et sur les enfants.

3 Ces dispositifs s'intègrent dans des parcours de prise en charge plus globaux avec des enjeux majeurs de coordination des acteurs et de formation des professionnels de santé

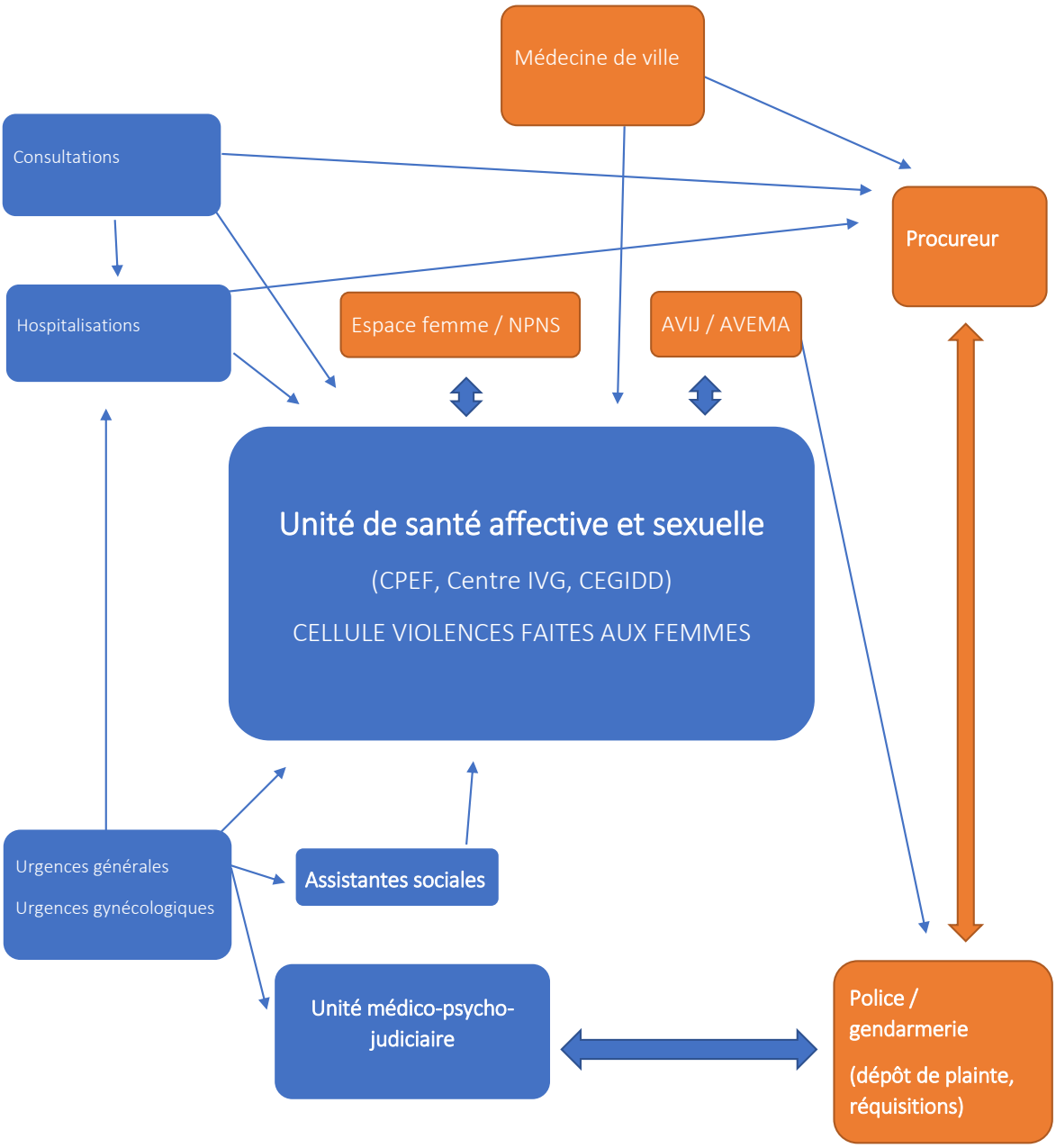
3.1 Les difficultés rencontrées dans les parcours de prise en charge, notamment via les services d'urgence

Les dispositifs de prise en charge décrits plus haut constituent souvent la fin du parcours de prise en charge des victimes. Avant de pouvoir intégrer ce type de dispositifs, celles-ci doivent parcourir différentes étapes, difficiles, tant pour elles-mêmes que pour les professionnels de santé, car « côtoyer le pire de l'humanité est un risque majeur de burn-out »[32]. En effet, comme le dit Mme Salmona[33] : « Les professionnels de santé ne sont ni préparés ni suffisamment formés à la prise en charge et aux conséquences de cette forme de violence ultime. »

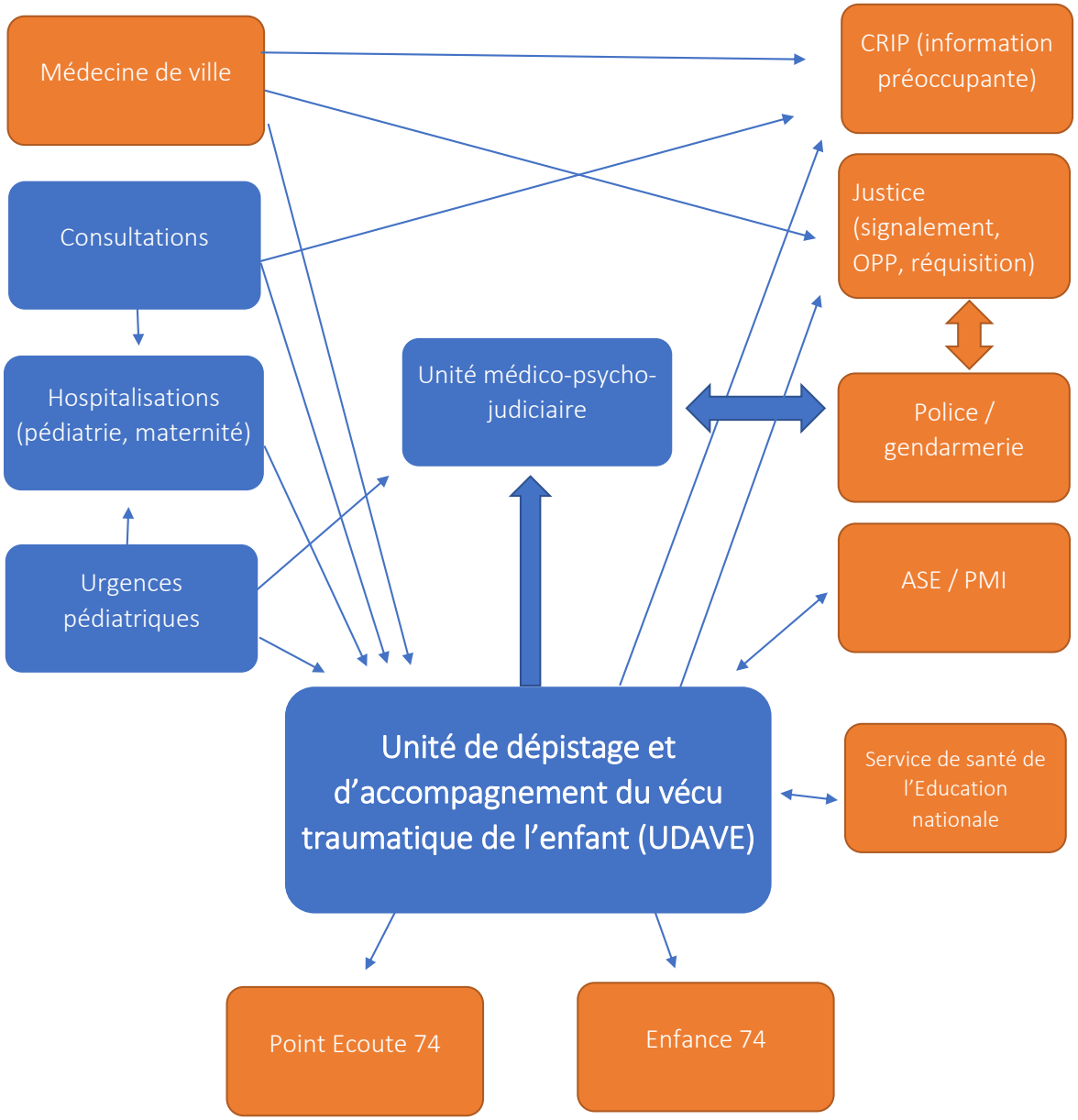
Les deux schémas suivants résument, en las simplifiant, les parcours théoriques de prise en charge des victimes de violences intrafamiliales au CHANGE, qui seront étudiés dans cette partie. Ils retracent en bleu les étapes internes au CHANGE, et en orange les étapes à l'extérieur du CHANGE.

[32] KABUTH B., PLUN O., LE MOAL L., DIETSCHY V., MAAZI L., 2015, « la prise en charge des enfants victimes de violence », in Violences subies et résilience, Paris Erès. p. 85.
[33] SALMONA M., 2018, « Lutter contre la violence », Gestions hospitalières, Numéro 579.

Parcours de prise en charge des victimes de violences conjugales au CHANGE



Parcours de prise en charge des enfants victimes de violences au CHANGE



En interne, les victimes peuvent être orientées vers ces dispositifs à l'issue :

- d'une consultation ;
- d'une hospitalisation ;
- d'un passage aux urgences, éventuellement suivi d'une hospitalisation (fortement recommandé en cas de danger imminent[34])

Le premier enjeu est celui de la bonne information des praticiens de l'hôpital sur l'existence et les modalités d'orientation vers le dispositif de prise en charge spécialisée.
En cas de doute lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, tout médecin du CHANGE peut contacter l'UDAVE ou l'USAS pour un conseil ou un avis complémentaire, et trouver des ressources en matière de bonnes pratiques et de formation.

C'est pourquoi il est nécessaire pour les responsables de ces structures de diffuser des flyers de présentation et de rencontrer les autres praticiens de l'hôpital, en indiquant les noms et numéros des personnes à contacter pour orienter tant les professionnels que les patients. Le RESUVal (Réseau des urgences sanitaires de la vallée du Rhône) a d'ailleurs produit des affiches type de sensibilisation des professionnels de santé, afin de les sensibiliser sur le sujet.

Doit particulièrement être ciblé le service de maternité. En effet, la période de grossesse est une période particulièrement à risque de violences conjugales, comme l'a identifié la HAS[35].

Recommandation 6 : communiquer en interne sur l'existence et les numéros et noms des personnes ressources de l'USAS et de l'UDAVE, par exemple via des affiches de sensibilisation des soignants, à placarder dans tous les services de l'hôpital, particulièrement en maternité. Une intervention en CME pourrait être envisagée.

Recommandation 7 : distribuer aux praticiens de l'établissement les flyers discrets de l'USAS qu'ils peuvent remettre aux femmes qu'il suspecte d'être victime de violences conjugales.

[34] Référentiel de prise en charge des violences intrafamiliales et des violences faites aux femmes du RESUVal Référentiels Violences Intra Familliale - Resuval Rescue Rhône
[35] Recommandation HAS, 2019, Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, p. 19. Haute Autorité de santé (has-sante.fr)

Le parcours posant le plus de difficultés est celui des victimes de violences prises en charge en urgence.

3.1.1 Les difficultés de la prise en charge en urgence

Le parcours évoqué ci-dessous est celui des victimes de violences prises en charge en urgence au Centre hospitalier Annecy Genevois, avant orientation vers l'USAS ou l'UDAVE.

Les voies d'entrée en urgence

La première étape du parcours de soin d'une victime de violences intrafamiliales arrivée en urgence est son accueil dans les services d'urgence. Les praticiens ne sont pas toujours formés à la prise en charge de ce type de violence et ont, de surcroît, peu de temps.

Il existe trois voies d'entrée aux urgences :

- Les femmes victimes de violences sexuelles sont prises en charge aux urgences gynécologiques ;
- Les enfants victimes de violences physiques et sexuelles sont pris en charge aux urgences pédiatriques ;
- Les hommes et les femmes victimes de violences autres que sexuelles sont pris en charge aux urgences générales.

Une prise en charge psychologique partielle

Le premier écueil de la prise en charge aux urgences est le défaut de prise en charge psychologique. Il n'y a pas de psychologue dédié aux urgences pédiatriques et gynécologiques, même si la psychologue de l'UDAVE (0,1 ETP) peut être sollicitée pour intervenir directement aux urgences pédiatriques.

Aux urgences générales, les psychologues de l'unité de psychiatrie de liaison peuvent être sollicités, mais voient rarement les victimes de violence, sauf en cas d'idée suicidaire. Les psychologues de l'unité médico-psycho-judiciaire interviennent davantage aux urgences, en plus de leur activité de consultation. Mais ils ne sont pas présents la nuit ni les week-

ends, où seul le psychiatre de garde peut être appelé. Les urgentistes n'ont pas toujours le réflexe de faire appel à eux.

Il existe également un cahier dans lequel les soignants peuvent renseigner le nom d'un patient ou d'une patiente victime afin qu'elle soit rappelée ultérieurement par un psychologue. Dans bien des cas cependant, les patients et patientes refusent que leur nom soit inscrit dans ce registre, et les victimes ne bénéficient donc pas de prise en charge psychologique.

Cela est problématique, particulièrement pour les victimes n'étant pas dans une situation de précarité sociale et qui se présentent aux urgences pour des coups et blessures sans gravité : en effet, elles ne rencontrent alors ni l'assistante sociale des urgences, ni ne sont orientées pour une consultation vers l'unité de victimologie. Elles n'ont aucun moyen de rentrer en contact avec des acteurs avertis de la prise en charge des victimes de violences intrafamiliales.

C'est pourquoi les assistantes sociales des urgences ont revu les modalités de leur intervention : elles ne sont plus uniquement sollicitées par les urgentistes, mais effectuent un travail de veille sur le DPU pour identifier les patients suspectés de subir des violences, qu'elles vont voir directement en boxe d'urgence, après avis du médecin. Une procédure décrivant leurs modalités d'intervention est actuellement en cours de travail avec les urgentistes.

<u>Recommandation 8 :</u> élargir les plages de disponibilité des psychologues de l'unité psychiatrique de liaison et de l'unité de victimologie pour les urgences, y compris les urgences gynécologiques, le soir et les week-ends, et communiquer sur leur présence auprès des soignants afin que ces professionnels puissent intervenir rapidement, dès la consultation dans les boxes d'urgence. Communiquer sur la présence du psychiatre de garde la nuit et de la possibilité de le solliciter pour ce type de prise en charge.

En ce qui concerne les consultations de psychologie post-urgence, les consultations pour un psycho-traumatisme de l'unité médico-psycho-judiciaire pourraient être renforcées en redéployant une partie du temps de psychologue de la CUMP renforcée des deux Savoies. En effet, la CUMP renforcée a bénéficié de financements supplémentaires durant la crise sanitaire. Elle dispose de temps psychologue qu'elle est prête à investir sur la prise en charge des victimes de violence.

<u>Recommandation 9 :</u> développer les consultations de psychologie pour les psycho-traumatismes à l'unité de victimologie en redéployant une partie du temps de psychologue de la CUMP renforcée.

<u>Des délais d'attente parfois longs</u>

Aux urgences générales, les victimes de violences conjugales ayant des séquelles physiques sans gravité particulières ne sont pas prioritaires. Le délai d'attente – qui peut s'élever à plusieurs heures – découragent certaines d'entre elles d'attendre leur tour de prise en charge. Elles quittent parfois l'hôpital sans avoir été vue en consultation.

<u>Recommandation 10 :</u> inclure les coups ou sévices liés à une violence intrafamiliale dans les critères de priorisation de la prise en charge aux urgences générales. Former les infirmiers d'accueil et d'orientation à leur repérage.

<u>Des conditions d'accueil et d'attente compliquées</u>

Les conditions d'accueil aux urgences sont également une difficulté. Aux urgences gynécologiques, l'attente des victimes de violences sexuelles se fait dans la salle d'attente, derrière un paravent, sur un brancard. Cela pose un problème d'intimité et de confort pour des victimes souvent traumatisées par ce qu'elles ont vécu.

C'est pourquoi les urgences gynécologiques du CHANGE sont en cours de réorganisation, avec la mise en place d'une chambre dédiée à l'attente pour les victimes de violences sexuelles, avec un lit et un fauteuil. D'autre part, en gynécologie, une unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD), composée de deux lits, va être mise en place afin de pouvoir hospitaliser plus facilement ces victimes. Une IDE sera spécifiquement dédiée aux urgences gynécologiques et à l'UHTCD en journée.

<u>Des effectifs restreints la nuit</u>

La prise en charge des victimes est moins aisée la nuit, car les effectifs des urgences sont moindres qu'en journée. La prise en charge est donc plus complexe.

Cela est particulièrement vrai pour les urgences gynécologiques. La nuit, il n'y a qu'un médecin gynécologue-obstétricien de garde avec un interne, ainsi qu'une sage-femme, une infirmière et une aide-soignante en charge des unités de gynécologie (15 lits) et de grossesse pathologique (10 lits). Par conséquent, lorsqu'une femme ou une enfant victime de violences sexuelles se présentent aux urgences gynécologiques la nuit, si l'activité est élevée, il n'y a pas toujours quelqu'un pour l'accueillir et la prendre en charge de façon rapide et efficace.

Recommandation 11 : mettre en place une astreinte de gynécologue-obstétricien afin de pouvoir accueillir et prendre en charge plus rapidement les patients des urgences gynécologiques même en cas d'activité soutenue.

Cependant, l'équipe de gynécologie-obstétrique, dans son dimensionnement actuel, n'est pas assez étoffée pour permettre un roulement à la fois sur les gardes et sur une éventuelle astreinte, qui présenterait par ailleurs un coût financier important pour l'établissement (environ 150 000 euros par an).

Recommandation 12 : dédier une IDE à l'accueil des urgences gynécologiques la nuit, comme cela est le cas en journée.

L'idée d'un Centre de référence

A défaut de pouvoir mettre en place une astreinte, il pourrait être envisagé de désigner un centre de référence, à l'échelle du département de la Haute-Savoie (CHANGE, CHAL) ou à l'échelle des deux Savoies (CHMS), qui centraliserait les prélèvements de médecine légale et gérerait les relations avec la police et la justice.

Cela permettrait aux professionnels de ce centre d'être mieux formés à ce type d'actes, car ils en auraient plus à réaliser, et perturberait moins les autres structures.

Ce type d'organisation existe déjà dans d'autres département, comme en Seine-Saint-Denis où les prélèvements sous réquisition sont uniquement réalisés à l'hôpital Jean Verdier de Bondi.

Une telle organisation pose néanmoins en Haute-Savoie un problème d'accessibilité en raison de temps de trajet qui peuvent atteindre une heure et demie pour relier deux points opposés du département, du fait de la présence de chaînes montagneuses.

De plus, il resterait à traiter les patients se rendant à l'hôpital directement sans passer au commissariat de police ou à la brigade de gendarmerie, et donc sans réquisition. Les réorienter vers le centre de référence prendrait beaucoup de temps.

3.1.2 Le sujet des certificats et prélèvements de médecine légale

Les certificats de médecine légale

Un autre sujet problématique dans la coordination des acteurs internes à l'établissement est celui des prélèvements de médecine légale et de la réalisation des certificats d'incapacité temporaire de travail (ITT).

L'ITT pénale

L'appréciation d'une ITT pénale (Incapacité Totale de Travail) a avant tout une visée juridique. Elle permet de définir le tribunal compétent (tribunal de police ou tribunal correctionnel), et au juge d'apprécier la gravité des violences, qu'elles soient de nature volontaire ou involontaire, dans le cadre d'une procédure judiciaire. Elle évalue l'incapacité d'une victime à réaliser les gestes de la vie courante, en fixant un nombre de jours d'ITT. La durée de l'ITT est fixée par le médecin qui reçoit la victime. Elle a donc pour but de sanctionner l'auteur de l'agression, en fonction des blessures constatées.

La rédaction du certificat médical[36] doit être précise, circonstanciée et impartiale. Le descriptif des lésions est quasiment aussi important que le montant du taux d'ITT fixé in fine par le médecin. Ce taux d'ITT doit prendre en compte la douleur ressentie par la victime, ainsi que les conséquences sur le plan physique et psychologique. La

[36] Recommandation HAS, 2011, Certificat initial concernant une personne victime de violence Certificat médical initial concernant une personne victime de violences - Recommandations (has-sante.fr)

conclusion du certificat doit préciser si les lésions (ancienneté, mécanisme) sont compatibles avec l'agression.

Le certificat d'ITT doit bien être différencié du certificat médical initial – aussi dénommé certificat « coups et blessures » – qui se contente seulement de décrire les séquelles constatées chez la victime et ne fixe pas obligatoirement d'ITT.

La rédaction de ce type de certificat nécessite un savoir-faire spécifique que détiennent les médecins légistes, mais que n'ont pas forcément les médecins urgentistes ou les gynécologues. En outre, il nécessite du temps et de la disponibilité, ce qui n'est pas toujours le cas des médecins aux urgences générales ou aux urgences gynécologiques.

Or, à l'exception des internes non thèsés, qui ne sont pas habilités à délivrer un certificat avec la fixation du taux d'ITT, il arrive que des urgentistes sans formation de médecine légale ou des gynécologues se voient demander de rédiger un certificat d'ITT. Ces derniers appréhendent souvent la rédaction de ce type de certificat, pour laquelle ils ne sont pas formés et dont ils savent qu'elle peut avoir des conséquences judiciaires importantes.

Sur le plan juridique, la rédaction du certificat fixant un taux d'ITT pénale n'est pas exigée en urgence, sauf en cas de réquisition pénale, où le médecin requis ne peut se soustraire à l'injonction qui lui est faite par l'autorité judiciaire ((article R. 642-1 du Code pénal et article L. 4163-7 du Code de la santé publique). Au CHANGE, les victimes sont redirigées vers l'unité médico-psycho-judiciaire où le médecin légiste réalise, en aval du passage aux urgences, le certificat d'ITT, sauf en cas de réquisition immédiate des urgentistes ou gynécologues.

Il est préférable qu'en l'absence d'urgence et de complexité particulière, ces certificats soient rédigés dans un deuxième temps par le médecin légiste de l'unité médico-psycho-judiciaire, d'autant que la bonne évaluation psychologique du traumatisme implique que la victime soit vue un certain temps après les faits. D'ailleurs, deux psychologues interviennent à l'unité de victimologie du Centre hospitalier d'Annecy et peuvent être mobilisées par le médecin légiste pour une consultation pluriprofessionnelle.

Néanmoins, il demeure impératif de former les autres médecins urgentistes et gynécologues à la rédaction de ces certificats, pour diminuer leur appréhension lorsqu'ils sont réquisitionnés ou font face à des cas complexes, et améliorer ainsi la qualité de la

rédaction. Cela est d'autant plus prioritaire que le médecin légiste de l'unité médico-psycho-judiciaire est proche de la retraite.

Recommandation 13 : systématiser, pour les cas complexes et sauf réquisition dans l'urgence, le recours au médecin légiste de l'unité médico-psycho-judiciaire pour la rédaction des certificats d'ITT.

Recommandation 14 : développer les sessions de formation sur le certificat d'ITT des médecins urgentistes et des gynécologues avec le médecin légiste, qui pourraient être inscrites au catalogue du CHANGE dans le cadre de la formation continue.

Les prélèvements de médecine légale

S'il est parfois préférable que le médecin légiste réalise les certificats d'ITT dans un deuxième temps, les prélèvements sur les patients victimes de violences sont réalisés par les médecins dans les services d'urgence. Les prélèvements sur les victimes d'agression sexuelle sont réalisés par les gynécologues et, pour les enfants, par les pédiatres. Les prélèvements pour des agressions sexuelles sur mineurs sont généralement effectués par les gynécologues.

Comme pour la réalisation des certificats d'ITT, la réalisation de ces prélèvements est souvent appréhendée par les praticiens en urgence. Or la qualité des prélèvements est importante pour leur analyse. Il en est de même pour la description des éléments cliniques de l'agression, retranscrit dans un certificat « coups et blessures » qui permettent ensuite au médecin légiste de rédiger le certificat d'ITT.

La bonne compréhension entre le médecin légiste et les médecins des services d'urgences est importante pour que le certificat d'ITT du médecin légiste puisse s'appuyer sur les éléments cliniques observés lors des prélèvements effectués dans les services d'urgence.

Recommandation 15 : former les urgentistes et gynécologues aux prélèvements de médecine légale.

3.2 Les difficultés de coordination avec les acteurs externes

3.2.1 La coordination avec la police et la justice

Les problèmes de coordination entre l'hôpital, la police et la justice sont de plusieurs ordre :

Le dépôt de plainte

Pour porter plainte dans un commissariat de police ou une brigade de gendarmerie, il n'est pas nécessaire pour une victime de violences de présenter un certificat médical attestant des coups et blessures subis[37]. Cette information n'est pas toujours connue, tant par les services de l'hôpital que par les services de gendarmerie. Il arrive donc que les victimes fassent des allers et retours inutiles afin de déposer plainte, ce qui, compte tenu des souffrances déjà endurées, accroît la pénibilité du parcours de prise en charge.

Recommandation 16 : communiquer sur la possibilité pour les victimes de porter plainte sans certificat médical.

D'autre part, afin de faciliter le dépôt de plainte par les victimes de violences conjugales aux urgences, une convention est en cours de signature entre le directeur du CHANGE, la préfecture et les trois tribunaux de Haute-Savoie, afin de permettre aux victimes de porter plainte sur place. Cette initiative s'inscrit dans la lignée des mesures prises à l'issue du Grenelle sur les violences conjugales.

Deux types de processus sont envisagés :

- La mise à disposition d'un formulaire de dépôt de plainte simplifié à remplir par la victime, qui serait transmis par la suite par les médecins au commissariat de police ou à la brigade de gendarmerie compétente ;

[37] Référentiel de prise en charge des violences intrafamiliales et des violences faites aux femmes du RESUVal Référentiels Violences Intra Famillliale - Resuval Rescue Rhône

- La prise de plainte directe par les forces de l'ordre dans les locaux des urgences, pour les victimes dont la prise de plainte est urgente et qui sont dans l'impossibilité de se déplacer.

La conclusion de cette convention permettrait de faciliter le parcours de prise en charge des victimes de violences conjugales.

Recommandation 17 : conclure la convention visant à permettre le dépôt de plainte à l'hôpital.

Les réquisitions

De même, si une victime se présente aux urgences de l'hôpital pour des violences sexuelles, il arrive que le personnel de l'hôpital attende d'avoir la réquisition judiciaire avant de procéder aux prélèvements. La victime est parfois redirigée vers le commissariat de police ou la brigade de gendarmerie. Là encore, la pénibilité du parcours est accrue.

Recommandation 18 : inscrire dans la convention Hôpital-police-justice la possibilité pour les soignants de procéder aux prélèvements de médecine légale sans attendre la réquisition judiciaire, qui pourrait être apportée a posteriori par les forces de l'ordre.

Le dépôt des scellés

Une fois les prélèvements effectués, se pose la question de la mise sous scellés. Il arrive que cette mission revienne aux médecins

Or la mise sous scellé est un acte de procédure qui matérialise une saisie par l'autorité judiciaire. Seule l'autorité judiciaire peut effectuer une mise sous scellé. La procédure d'ouverture ou de fermeture d'un scellé est encadrée par le Code Pénal. Un médecin ne peut donc pas poser de scellés.

Recommandation 19 : inscrire dans la convention Hôpital-police-justice qu'il revient aux forces de l'ordre de poser les scellés après un prélèvement.

3.2.2 La coordination avec la médecine de ville

Une des difficultés rencontrées par les structures de prise en charge des victimes de violences intrafamiliales est le manque d'information des intervenants dans la prise en charge de ces victimes sur leur existence et les services qu'elles peuvent rendre.

Entre janvier et avril 2021, l'UDAVE a réalisé 17 informations préoccupantes auprès de la CRIP, alors que cette même cellule a recensé 27 informations préoccupantes sur la même période. Cela signifie que plus d'un tiers des IP ont été faites sans recourir à l'expertise de l'UDAVE.

La communication auprès des professionnels libéraux revêt donc une importance toute particulière, d'autant que les cahiers des charges des appels à projet pour ce type de structure insistent sur leur rôle de référent pour les médecins de ville, au-delà du bassin de recrutement des patients par l'hôpital. C'est notamment le cas du cahier des charges national pour l'appel à projet dédié aux structures de prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Celui-ci indique en effet que « les dispositifs conduisent des actions régulières d'information et de formation visant à sensibiliser les professionnels du territoire [aux violences conjugales], à conforter leurs compétences et à favoriser ainsi le développement d'une culture commune ».

Beaucoup de médecins de ville se sentent démunis face à la détection de violences intrafamiliales. En effet, la recherche d'informations les amène à s'immiscer dans les affaires de famille, dont certains membres sont potentiellement malveillants. Pour eux, pouvoir recourir à des structures plus spécialisées vers lesquelles orienter leurs patients ou auprès desquelles prendre conseil et récupérer les protocoles de bonnes pratiques serait une aide précieuse.

Il est donc primordial de communiquer sur l'existence de ces structures et la manière dont elles peuvent être sollicitées par les médecins de ville.

<u>Recommandation 20 :</u> organiser des réunions de concertation de façon régulière avec les médecins libéraux pour communiquer sur l'activité de l'USAS et de l'UDAVE.

<u>Recommandation 21 :</u> communiquer sur la désignation du référent de l'établissement sur les violences faites aux femmes et du référent pour les violences faites aux enfants, afin de faciliter leur identification comme personnes ressources par les autres professionnels.

3.2.3 La coordination avec le Conseil départemental

La prise en charge des enfants victimes de violence étant duale, avec d'un côté l'hôpital et de l'autre la PMI et l'ASE, il est primordial que ces acteurs se coordonnent pour éviter les dysfonctionnements dans la prise en charge des enfants et les signalements à l'autorité judiciaire.

Les professionnels hospitaliers n'ont en effet connaissance que des données cliniques qu'ils constatent chez l'enfant, et peuvent difficilement appréhender la relation entre les parents et l'enfant sur une courte période de séjour. Il est primordial de croiser ces informations avec les informations de l'ASE et de la PMI sur le suivi social des familles concernées, afin d'émettre des signalements les plus pertinents possibles.

Plusieurs questions de coordination ont pu être identifiées au sein du CHANGE avec les partenaires institutionnels :

- La qualité et l'identité des informations que détient chaque partenaire sur la situation des enfants et de leur famille est une préoccupation importante. Il arrive en effet que le discours tenu par la famille ou l'enfant change d'un entretien à l'autre. L'enjeu est donc de recouper régulièrement les informations pour préconiser une prise en charge à partir de faits établis et partagés.

- Les partenaires institutionnels se posent également la question de leur rôle dans le signalement d'un enfant qui est déjà pris en charge par l'autre partenaire, et de son annonce à la famille. Il convient alors de définir des lignes de conduite à tenir afin qu'aucun enfant le nécessitant échappe à tout signalement, et afin d'éviter des doubles signalements. De façon générale, les enfants pris en charge à l'hôpital sont d'abord signalés à la CRIP, via une information préoccupante, qui décidera ou non d'un signalement au procureur, mais il peut arriver que dans certains cas aigus les soignants fassent directement le signalement au procureur. De même, lorsque le juge des enfants est saisi pour une ordonnance de placement provisoire

(OPP), la question de savoir à qui revient la mission d'annoncer cette mesure se pose.

- Enfin, l'anticipation des signalements implique la réunion durant la période anténatale des services du département et des soignants. Même si un lien peut toujours se créer entre l'enfant et sa mère avant l'accouchement, l'évaluation des situations de façon anticipée permettrait une meilleure fluidité du parcours.

<u>Recommandation 22 :</u> pour répondre aux enjeux relatifs aux relations entre l'UDAVE et le Conseil départemental, il pourrait être envisager :

- **De prévoir des concertations dans la période anténatale (au moins deux mois avant l'accouchement), lorsqu'une situation de vulnérabilité est repérée, entre les soignants et la PMI lors du staff psycho-social qui se tient de façon hebdomadaire à l'UDAVE ;**
- **De prévoir une nouvelle concertation dans les jours qui suivent la naissance, afin de pouvoir prendre une décision sur la base d'informations croisées ;**
- **D'établir le principe que l'auteur du signalement est chargé d'en informer la famille et qu'en cas d'OPP, si l'enfant est confié aux services de l'ASE, il revient à l'ASE d'en avertir la famille ;**
- **De prévoir des rencontres régulières avec le médecin référent « protection de l'enfance » du Conseil départemental.**

Conclusion

L'hôpital est un acteur majeur de la prise en charge des victimes de violences intrafamiliales. Il est à la fois une porte d'entrée dans le parcours, via ses services d'urgence, les hospitalisations et les consultations qui ont lieu en son sein, mais joue également un rôle en aval de l'urgence, en mettant en place des dispositifs dédiés d'accompagnement et de reconstruction des victimes. Il est le pivot du parcours de prise en charge, orientant les patients vers les acteurs externes. Il est à ce titre le garant de la bonne coordination du parcours de ces victimes.

Du fait de l'extrême gravité des violences intrafamiliales et de leur impact social, l'hôpital public a vocation à continuer de les prendre en charge, en dépit des déficits que génèrent pour ce dernier ce type d'activité. Son rayonnement territorial en la matière doit même être accentué, afin d'aider les médecins de villes qui sont aussi confrontés à la détection de ce fléau.

Chaque territoire ayant ses caractéristiques propres, il n'y a pas de modèle précis de structures de prise en charge des victimes de violences intrafamiliales à dupliquer de façon uniforme. Chaque dispositif doit être façonné selon les initiatives déjà existantes et les besoins de santé recensés localement.

Bibliographie

Ouvrages

SALMONA M., 2019, Le livre noir des violences sexuelles, Paris, Dunod.

KABUTH B., PLUN O., LE MOAL L., DIETSCHY V., MAAZI L., 2015, « la prise en charge des enfants victimes de violence », in Violences subies et résilience, Paris Erès.

Rapports

Rapport HCE, GRESY B., DURAND E., RONAI E., MURACCIOLE M., 2020, Violences conjugales. Garantir la protection des femmes victimes et de leurs enfants tout au long de leur parcours. hce - rapport violences conjugales 2020 - vpubliee-3.pdf (haut-conseil-egalite.gouv.fr)

Rapport IGAS, BRANCHU C., VANACKERE S., 2017, La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation. 2017-001R.pdf (igas.gouv.fr)

Rapport public, FONTANEL M., PELLOUX P., SOUSSY A., 2014, Définition d'un protocole national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes victimes de violences. https://www.vie-publique.fr/rapport/34406-definition-dun-protocole-national-pour-lamelioration-de-la-prevention

RAPPORT D'INFORMATION 2006-2016 : UN COMBAT INACHEVE CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES, 2016, Délégation aux droits des femmes. https://www.senat.fr/notice-rapport/2015/r15-425-notice.html

Articlées de revue et sites internet

CHARESTAN P., BROISIN-DOUTAZ F., LE GRIGUER F., 2018, « Les violences intrafamiliales », Gestions hospitalières, Numéro 579. https://gestions-hospitalieres.fr/les-violences-intrafamiliales/

SALMONA M., 2018, « Lutter contre la violence », Gestions hospitalières, Numéro 579. https://gestions-hospitalieres.fr/lutter-contre-violence/

CHARBONNEL A., 2020, « Secret professionnel : la nouvelle dérogation en cas de violences conjugales ». https://gestions-hospitalieres.fr/secret-professionnel-la-nouvelle-derogation-en-cas-de-violences-conjugales/

Site internet du RESUVal, Référentiels Violences Intra Famillliale - Resuval Rescue Rhône

Liste des annexes

ANNEXE 1 : liste des personnes rencontrées en entretien pour la réalisation du mémoire

ANNEXE 2 : questionnaire d'entretien avec les responsables des structures de prise en charge de victimes de violences intrafamiliales

ANNEXE 3 : synthèse des propositions pour la prise en charge des victimes aux CHANGE

ANNEXE 1 : Liste des personnes rencontrées en entretien pour la réalisation du mémoire

NOM	Prénom	Fonction
LAVAL	Claire	Sage-femme coordinatrice de la Maison de soie
SCOTET	Marie	Sage-femme coordinatrice de la Maison de soie
HATEM	Ghada	Gynécologue, responsable de la Maison des femme
PORQUET	Olivia	Gynécologue, responsable de l'USAS
CHOQUET	Pauline	Pédiatre, responsable de l'UDAVE
DRIENCOURT	Jean-Baptiste	Médecin légiste, unité médico-psycho-judiciaire
BRAIG	Suzanne	Chef du pôle Femme-Mère-Enfant
TARDIF	Didier	Chef du service gynécologie
MAILLOT	Audrey	Médecin urgentiste, référente pour les violences faites aux femmes aux urgences
LE ROUX	Sylvie	Sage-femme, cadre supérieur de santé
FANTINATO	Noellie	Cadre supérieur du pôle Femme-Mère-Enfant
BRETAUDEAU	Alice	Infirmière de l'UDAVE
TISSOT-NIVAULT	Catherine	Cadre administratif du pôle santé publique et communautaire
NEROT-ROUET	Joëlle	Directrice des soins
COURTOIS	Xavier	Chef du service d'information et d'évaluation médicale
FAVARD	Thomas	Psychiatre référent CUMP des deux Savoies 73-74
PATURLE	Marie	Conseillère conjugale USAS
LE CLECH	Florence	Assistante sociale aux urgences

ANNEXE 2 : grille d'entretien avec les responsables de structure de prise en charge des victimes de violences intrafamiliales

	Nom de la structure
Combien y a-t-il d'ETP dédiés et quelle est l'organisation RH de la structure ?	
Quels sont les moyens dédiés (secrétariat, locaux…) ?	
Quelles sont les portes d'entrée dans le dispositif ?	
Comment se déroule et quel est le contenu de la prise en charge ?	
Quel est le statut de la structure sur le plan juridique et administratif ? Son activité est-elle valorisée financièrement ? Quel est son mode de financement ?	
Comment s'articule-t-elle avec l'UMJ ?	
Comment s'articule-t-elle avec les autres acteurs internes à l'hôpital ?	
Comment s'articule-t-elle avec les acteurs extérieurs à l'hôpital ?	

ANNEXE 3 : Synthèse des recommandations pour le CHANGE

Recommandation 1 : **sensibiliser les médecins urgentistes et les codeurs du service de l'information médicale du CHANGE au renseignement des codes CIM 10, afin d'avoir une vision plus claire du nombre de prises en charge pour des violences au CHANGE.**

Recommandation 2 : **mettre en place un tableau de bord d'indicateurs permettant d'assurer le suivi de l'activité du CHANGE relative aux violences intrafamiliales (nombre de passages aux urgences, nombre de consultations, nombre de concertations pluridisciplinaires, nombre d'informations préoccupantes et de signalements effectués…). Intégrer ces éléments au rapport d'activité de l'établissement.**

Recommandation 3 : **prévoir avec les associations du secteur social et juridique des permanences dans des locaux dédiés à proximité de l'USAS et de l'UDAVE, afin de fluidifier le parcours de prise en charge.**

Recommandation 4 : **systématiser les consultations pluriprofessionnelles à l'USAS, associant le médecin et le psychologue, pour les patients orientés vers la cellule « violences ». Inscrire le projet d'USAS sur le site d'Annecy dans le projet d'établissement.**

Recommandation 5 : **entamer un dialogue avec l'ARS AURA pour négocier un financement pluriannuel de l'UDAVE.**

Recommandation 6 : **communiquer en interne sur l'existence et les numéros et noms des personnes ressources de l'USAS et de l'UDAVE, par exemple via des affiches de sensibilisation des soignants, à placarder dans tous les services de l'hôpital, particulièrement en maternité. Une intervention en CME pourrait être envisagée.**

Recommandation 7 : **distribuer aux praticiens de l'établissement les flyers discrets de l'USAS qu'ils peuvent remettre aux femmes qu'il suspecte d'être victime de violences conjugales.**

Recommandation 8 : **élargir les plages de disponibilité des psychologues de l'unité psychiatrique de liaison et de l'unité de victimologie pour les urgences, y compris les urgences gynécologiques, le soir et les week-ends, et communiquer sur leur présence auprès des soignants afin que ces professionnels puissent intervenir rapidement, dès la consultation dans les boxes d'urgence. Communiquer sur la présence du psychiatre de garde la nuit et de la possibilité de le solliciter pour ce type de prise en charge.**

Recommandation 9 : **développer les consultations de psychologie pour les psycho-traumatismes à l'unité de victimologie en redéployant une partie du temps de psychologue de la CUMP renforcée.**

Recommandation 10 : **inclure les coups ou sévices liés à une violence intrafamiliale dans les critères de priorisation de la prise en charge aux urgences générales. Former les infirmiers d'accueil et d'orientation à leur repérage.**

Recommandation 11 : **mettre en place une astreinte de gynécologue-obstétricien afin de pouvoir accueillir et prendre en charge plus rapidement les patients des urgences gynécologiques même en cas d'activité soutenue.**

Recommandation 12 : **dédier une IDE à l'accueil des urgences gynécologiques la nuit, comme cela est le cas en journée.**

Recommandation 13 : **systématiser, pour les cas complexes et sauf réquisition dans l'urgence, le recours au médecin légiste de l'unité médico-psycho-judiciaire pour la rédaction des certificats d'ITT.**

Recommandation 14 : **développer les sessions de formation sur le certificat d'ITT des médecins urgentistes et des gynécologues avec le médecin légiste, qui pourraient être inscrites au catalogue du CHANGE dans le cadre de la formation continue.**

Recommandation 15 : **former les urgentistes et les gynécologues aux prélèvements de médecine légale.**

Recommandation 16 : **communiquer sur la possibilité pour les victimes de porter plainte sans certificat médical.**

Recommandation 17 : **conclure la convention visant à permettre le dépôt de plainte à l'hôpital.**

Recommandation 18 : **inscrire dans la convention Hôpital-police-justice la possibilité pour les soignants de procéder aux prélèvements de médecine légale sans attendre la réquisition judiciaire, qui pourrait être apportée a posteriori par les forces de l'ordre.**

Recommandation 19 : **inscrire dans la convention Hôpital-police-justice qu'il revient aux forces de l'ordre de poser les scellés après un prélèvement.**

Recommandation 20 : **organiser des réunions de concertation de façon régulière avec les médecins libéraux pour communiquer sur l'activité de l'USAS et de l'UDAVE.**

Recommandation 21 : **communiquer sur la désignation du référent de l'établissement sur les violences faites aux femmes et du référent pour les violences faites aux enfants, afin de faciliter leur identification comme personnes ressources par les autres professionnels.**

Recommandation 22 : **pour répondre aux enjeux relatifs aux relations entre l'UDAVE et le Conseil départemental, il pourrait être envisager :**

- **De prévoir des concertations dans la période anténatale (au moins deux mois avant l'accouchement), lorsqu'une situation de vulnérabilité est repérée, entre les soignants et la PMI lors du staff psycho-social qui se tient de façon hebdomadaire à l'UDAVE ;**
- **De prévoir une nouvelle concertation dans les jours qui suivent la naissance, afin de pouvoir prendre une décision sur la base d'informations croisées ;**
- **D'établir le principe que l'auteur du signalement est chargé d'en informer la famille et qu'en cas d'OPP, si l'enfant est confié aux services de l'ASE, il revient à l'ASE d'en avertir la famille ;**
- **De prévoir des rencontres régulières avec le médecin référent « protection de l'enfance » du Conseil départemental.**

CHIROL	Augustin	Octobre 2020

Directeur d'hôpital

Promotion 2020-2021

La prise en charge des victimes de violences intrafamiliales à l'hôpital

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP

Résumé **:**

L'hôpital joue un rôle clé dans la prise en charge des victimes de violences intrafamiliales. Il est tout à la fois un lieu de dépistage de ces violences, de prise en charge en urgence et de traitement dans la durée, via des dispositifs de prise en charge spécifiques.

Le parcours des victimes est complexe, faisant intervenir de nombreux acteurs institutionnels et associatifs avec lesquels les enjeux de coordination sont majeurs. L'appréhension des professionnels de santé vis-à-vis de cette prise en charge est forte, et implique d'investir dans leur formation et de communiquer sur les ressources disponibles en interne.

Mots clés **:**

Violences conjugales, violences intrafamiliales

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.