



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé et des Solidarités

AMELIORER L'ACCUEIL DES VICTIMES DE VIOLENCE DANS LE DISPOSITIF DE SOINS

1. Contexte et dispositifs existants

1.1 Contexte

En France, en dépit d'un manque de données fiables sur l'impact des violences sur la santé, il est de mieux en mieux documenté que l'exposition à la violence est délétère pour la santé physique ou psychologique et que si les déterminants de la violence sont le plus souvent sociétaux, « *les fruits de la violence apparaissent dans la sphère sanitaire* »¹

Les commissions préparatoires du Plan violence et santé ont mis en relief l'importance d'améliorer l'accueil et la prise en charge pluridisciplinaire des personnes victimes de violence. Elles ont dans cet objectif présenté deux propositions, que le plan stratégique pluriannuel « violence et santé » reprendra, de façon certaine, pour en faire un objectif prioritaire :

→ Mettre les personnes victimes de violence au cœur du système de soins, en demandant aux établissements de santé et aux professionnels de santé d'organiser le repérage des violences, la prise en charge des victimes, notamment des adolescents et des jeunes adultes, en urgence et à moyen terme,

→ Veiller si nécessaire à la mise en œuvre d'un suivi, médical et psychologique. A cet effet, il a été proposé la constitution de réseaux ville-hôpital sur le thème Santé violence, dans 2 ou 3 régions volontaires.

Parallèlement, la mesure 5 du plan global de lutte contre les violences faites aux femmes (2005-2007)², dont l'objet est d'« améliorer l'écoute et faciliter le repérage par les professionnels de santé des femmes victimes de violences », prévoit la mise en place à titre expérimental sur trois sites, à partir d'une unité médico-judiciaire, d'un réseau « violence et santé » associant l'ensemble des professionnels concernés par les violences au sein du couple (médecins de ville, services judiciaires et services sociaux municipaux et départementaux).

1.2 Rappels des dispositifs relatifs à l'accueil des victimes de violence

Tous les professionnels de santé, qu'ils exercent en ville ou en établissement de santé, sont appelés à recevoir des personnes victimes de violence. La nécessité d'un accueil et d'une prise en charge adaptés des personnes victimes de violence a conduit, ces dix dernières années, les pouvoirs publics à s'en préoccuper et à en organiser les modalités.

Les pôles de référence régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violence

La circulaire DGS/DH n° 97/380 du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles pose les bases de l'organisation d'un dispositif d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences ; elle définit notamment les modalités d'identification d'un pôle de référence dans chaque région.

La circulaire DGS/DH n° 2000-399 du 13 juillet 2000 étend les missions de ces pôles de référence aux mineurs victimes de maltraitances et de sévices, de quelque nature que ce soit.

¹ Haut Comité de la Santé Publique. Violences et santé. Rennes, 2004. Editions ENSP

² Disponible sur le site <http://www.femmes-egalite.gouv.fr/>

Outre les fonctions dévolues à tout centre hospitalier, il revient à ces pôles de référence régionaux d'assurer un rôle de mise en relation et de conseil auprès des professionnels de santé qui ont recours à eux ainsi que la formation et l'information des professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, et éventuellement d'autres professionnels impliqués dans la prise en charge des victimes.

Dans les 26 régions (métropole et DOM), des pôles régionaux ont été identifiés, implantés, selon les établissements, dans les services de médecine légale (unités médico-judiciaires), de gynécologie obstétrique ou de pédiatrie.

Le recrutement et l'affectation de psychologues dans des services d'accueil d'urgence

La circulaire DHOS/E1/2001/503 du 22 octobre 2001 relative à l'accueil en urgence dans les établissements de santé des personnes victimes de violences ainsi que de toutes personnes en situation de détresse psychologique vient compléter le dispositif existant. Afin de mieux répondre aux besoins de soutien psychologique des personnes accueillies et de leurs proches, les services d'accueil d'urgence (SAU) sont renforcés par le recrutement et l'affectation de cent psychologues.

Outre le soutien psychologique immédiat que ces professionnels apportent à toute personne victime de violences accueillie dans le SAU et, d'une façon plus générale, aux patients et familles qui sont en situation de détresse psychologique, ils sont chargés de mettre en place les liens indispensables avec le(s) secteur(s) de psychiatrie, les autres services de l'établissement, en concertation avec les services de protection de l'enfance et les associations d'aide aux victimes. Ils peuvent être amenés en outre à sensibiliser et soutenir les membres des équipes d'accueil d'urgence.

Les unités médico-judiciaires

Dans un certain nombre d'établissements publics de santé, des unités médico-judiciaires (UMJ) ont été mises en place. Outil à la disposition de la justice, elles ont été créées par la circulaire DH/AF1/98 du 27 février 1998. Il en existe environ une cinquantaine sur l'ensemble du territoire français (DOM compris).

Ces unités, dont le financement relève du ministère de la justice (les actes médico-légaux réalisés sur réquisition judiciaire sont pris en charge par le ministère de la justice sur la base de la tarification fixée par le code de procédure pénale), dispensent, sur réquisition d'un magistrat ou d'un officier de police judiciaire, les actes médico-judiciaires nécessaires aux enquêtes judiciaires. Ces unités ont donc pour vocation d'accueillir, d'examiner et d'effectuer les prélèvements médico-légaux nécessaires à toutes les victimes adressées sur réquisition par les autorités judiciaires afin d'établir des constats de coups et blessures et de fixer une ITT (incapacité totale de travail).

Elles effectuent également les examens médico-judiciaires des personnes placées en garde à vue, prévus par l'article 63-3 du code de procédure pénale.

Leur mission consiste à répondre aux seuls besoins de la justice et non à remplir une mission de soins telle que définie par le code de la santé publique en son article L.6111-2.

2. Une action expérimentale

2.1 Objectifs

L'action consiste à soutenir la mise en place de réseaux d'accueil et de prise en charge des victimes de violence, soit à partir d'une UMJ, soit à partir d'une autre structure interne d'un centre hospitalier, dans huit sites pilotes.

Il s'agit, au travers de cette expérimentation pluriannuelle :

- de progresser sur la connaissance des trajectoires des victimes dans le système de soin et même avant leur arrivée dans le système de soins ;
- d'améliorer le repérage des violences, leur prise en charge et leur suivi ;
- d'améliorer la coordination inter-institutionnelle ;
- de progresser dans la prise en compte des liens victimes/auteurs de violence et du besoin de prise en charge des auteurs de violences ;
- d'identifier de bonnes pratiques de prise en charge.

2.2 Méthode de travail et calendrier

Cette étude-action, confiée à un prestataire extérieur, le CREDES, est suivie par un comité de pilotage interministériel. La durée prévue de l'expérimentation est de 2 ans.

2.2.1 Composition et rôle du comité de pilotage

Le comité de pilotage comprend les représentants :

- du ministère de la Santé - direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et direction générale de la santé,
- du ministère chargé de l'égalité entre les hommes et les femmes - service des droits des femmes et de l'égalité,
- du ministère de la Justice,
- du ministère de l'Education nationale,
- du ministère de l'Intérieur,
- du ministère de la Défense,
- du Conseil national de l'ordre des médecins,
- du Conseil national de l'ordre des sages-femmes,
- du ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement – délégation interministérielle à la ville (DIV),
- de l'Assemblée des départements de France (ADF - pour l'aspect ASE et les relations avec les Conseils généraux).

Ce comité de pilotage a pour mandat :

- de suivre la mise en œuvre de l'étude-action (A cette fin, il se réunira à chaque étape clé de la démarche).
- d'informer et de mobiliser, chacun en ce qui le concerne, les partenaires régionaux dans les sites sélectionnés (agence régionale de l'hospitalisation - ARH, direction régionale des affaires sanitaires et sociales - DRASS, Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité - DRFE, services hospitaliers, procureurs, union régionale des médecins libéraux - URML, etc.),
- de participer à la valorisation et à la diffusion des résultats de l'étude-action.

2.2.2 Les sites

Les 8 sites expérimentaux suivants ont été retenus :

- Auvergne : CHU de Clermont-Ferrand (Gabriel Montpied)
- Ile de France : Centre hospitalier intercommunal de Créteil, Centre hospitalier de Lagny
- Haute-Normandie : CHU de Rouen
- Midi Pyrénées : CHU de Toulouse
- Pays de Loire : CHU de Nantes
- Picardie : CHU d'Amiens (centre hospitalier Nord)
- Nord pas de Calais : CHU de Lille (Jeanne de Flandre)