

**PREVENIR LA VIOLENCE EN MIDI-PYRENEES,
LE DEVELOPPEMENT DU PROJET PREVIOS*
(*PREvention Violence et Orientation Santé)**



Contact : Dr THOMAS Agnès, PREVIOS : preventionviolence@yahoo.fr / Tél. 0561145613, Fax 0531603810

CONTEXTE

La prévention de la violence, y compris dans les pays développés, est une priorité de santé publique (OMS 1997, 2002). La prévalence des violences dans notre société est documentée tout comme l'impact sur la santé^{1,2}. Le coût global direct est estimé (pour la seule violence conjugale) à plus d'un milliard d'euros³ dont 1/5^{ème} pour les soins de santé, 1/3 pour le coût lié au handicap, aux décès évitables et aux traumatismes divers et le reste aux conséquences sociales.

En France, de multiples recommandations (Henrion 2001⁴, Rapport Tursz 2005², HCSP 2005⁵) ont été émises :

1. Inciter au dépistage de la violence conjugale,
2. Sensibiliser les médecins, les professionnels de santé, les hôpitaux,
3. Encourager la formation de réseaux pour améliorer la prise en charge et le suivi des cas,
4. Organiser à l'échelon local, des rencontres entre les professionnels,
5. Développer la connaissance épidémiologique sur la violence et ses déterminants,
6. Organiser la prévention.

En France, la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique créé un plan national stratégique de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence : *« L'impact de la violence sur la santé est souvent sous-estimé alors qu'il concerne une large partie de la population. La violence routière fait l'objet d'une mobilisation prioritaire. Cette mobilisation sera étendue à l'ensemble des phénomènes de violence ainsi que le préconise l'Organisation mondiale de la santé. Ce plan stratégique prendra en compte les interactions entre violence et santé dans la sphère publique comme dans la sphère privée ».*

Limiter l'impact de la violence sur la santé en Midi-Pyrénées : En 2003, la création de lieux pluridisciplinaire permettant l'évaluation globale de situations de violence et la prise en charge des différents protagonistes est imaginée en région Midi-Pyrénées par le service de médecine légale du Centre Hospitalo-universitaire de Toulouse et la DRASS Midi-Pyrénées.

En 2005, ce projet est décliné par les tutelles sanitaires de Midi-Pyrénées (ARH, GRSP, DRASS) en une action régionale de prévention de la violence.

Un Comité de Suivi Régional est créé et associe les institutions sociales, judiciaires et les autorités médicales.

¹ Les violences envers les femmes en France, une enquête nationale Jaspard et al. Editions La documentation Française, juin 2002 370p.

² Violence et Santé Rapport Tursz, mai 2005, 124p. (Synthèse des rapports de six sous commissions : « Violence et Enfants, adolescents et jeunes » Rapport Baudier Mars 2005, 85p. « Genre et violence » Rapport Lebas Mars 2005, 40p. « Institutions, organisations et violence » Rapport Bixi Mars 2005, 93p. « Personnes âgées et personnes handicapées » Rapport Joël Mars 2005, 70p. « Violence et santé mentale » Rapport Lovell, mars 2005, 80p. « Violence, travail, emploi et santé » Rapport Dejours Mars 2005, 139p.)

³ Etude de faisabilité d'une évaluation des répercussions économiques des violences au sein du couple en France Rapport au Service des droits des femmes et de l'égalité, Marissal, Chevalley. Nov. 2006, 111p.

⁴ Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé Rapport Henrion, Février 2001, 64p.

⁵ Violence et santé Rapport du Haut Comité de Santé Publique. Collection avis et rapports, rennes Editions ENSP, janvier 2005, 160 p.

Pour accompagner ce projet, l'Association support dite « Réseau PREvention Violence et Orientation Santé (PREVIOS) » est constituée. Ses missions sont de promouvoir : « 1) l'accompagnement à la mise en place et la coordination de ces lieux d'accueils et de prise en charge pluridisciplinaire des personnes en situation de violence (victimes, témoins, auteurs), 2) la mise en place, en partenariat, d'actions de sensibilisation, de formations, et de projets visant à l'amélioration des connaissances sur la thématique violence et santé, au partage d'expérience, à la création de référentiels et d'outils pour la pratique clinique ».

Le projet, dans sa globalité, est financé :

- d'une part, pour les consultations, par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Midi-Pyrénées,
- d'autre part, pour le réseau PREVIOS, par le Groupement Régional de Santé Publique de Midi-Pyrénées.

Les actions financées par le GRSP (synthétisées ci-après) se dérouleront en plusieurs étapes :

1. état des lieux sur la prise en charge de la violence,
2. mise en place et coordination de consultations pluridisciplinaire de prévention de la violence,
3. recueil épidémiologique sur les situations de violences prises en charge,
4. identification des besoins et développement d'actions (partage d'expérience, accompagnement au dépistage, lisibilité sur le réseau de prise en charge, échanges de pratiques cliniques, etc.) au vu des priorités identifiées.

LE DEROULEMENT DU PROJET REGIONAL

1. L'état des lieux (2005-2006)

L'état des lieux⁶ est mené auprès des acteurs investis dans les prises en charge sur trois départements (09, 31, 82). Il permet les constats suivants :

- il existe peu de lieux d'accueil pluridisciplinaire (notamment incluant un aspect sanitaire et médico-légal) destinés aux victimes de violence,
- les pratiques juridiques, sociales et sanitaires auprès des victimes restent cloisonnées,
- les professionnels de santé sont peu sensibilisés au phénomène et aux conséquences de la violence,
- la pratique auprès des victimes est rarement basée sur des référentiels de pratique,
- les victimes peuvent manifester une attitude paradoxale à l'égard des prises en charge qui doit être connue des professionnels.

Les actions menées auprès des victimes⁷ mettent en évidence leurs besoins multiples sanitaire, juridique et sociaux (86.3% des patients) et leur souhait de prise en charge sanitaire de l'auteur, y compris sous la contrainte (75% des victimes de violence dans le couple). En région, les victimes de violence dans le couple restent majoritairement orientées vers l'Unité Médico-Judiciaire par des parcours sanitaires (60%) et non pas judiciaires. Le travail sur la violence dans le couple conduit au dépistage de violences familiales dans plus de 70% des cas (thématique des enfants témoins).

2. La mise en place de consultations pluridisciplinaires

a. La mise en place et l'activité des trois premières consultations (2006-2007)

L'état des lieux a permis la mise en place de trois consultations appelées CPV ou UAV (annexe 1) articulées avec le réseau départemental existant. Ces consultations visent à l'évaluation clinique pluridisciplinaire des situations de violence et au développement de prises en charge concertées. Elles consultations se distinguent des consultations médico-légales puisque, au-delà de la prise en charge médicolégale, elles réalisent une évaluation globale de la situation de violence vécue, un appui et une guidance spécifique complétant les soins traditionnellement fournis par les services médicaux. Ces lieux réunissent des professionnels disposant d'une expertise dans le domaine de la violence (champs sanitaire [médical, psychologique,...], social, judiciaire). Ces professionnels ont pour mission de promouvoir, dans leur département, la connaissance sur la prise en charge des personnes en situation de violence et l'implication des professionnels (de santé et autres) et ceci en s'articulant avec le réseau de prise en charge existant.

⁶ BAZEX H, THOMAS A. Etat des lieux de l'accueil des victimes de violence dans trois départements de Midi-Pyrénées, Réseau Qualité Midi-Pyrénées juin 2006, 171p.

⁷ BAZEX H, THOMAS A. et al. L'évolution du droit des victimes répond t elle à leurs attentes ? Journal de médecine légale et de droit médical 2008, Vol.51, N°1:5-14

b. Les perspectives en région (2008-2009)

Le travail en réseau a permis d'identifier tous les partenaires d'une consultation de prévention de la violence dans le Gers. Ces partenaires sont en recherche de financement pour démarrer leur activité de prise en charge concertée. En Haute-Garonne, des associations professionnelles sont identifiées pour assurer des prises en charge spécifiques adultes et/ou enfants.

3. Le recueil épidémiologique

Le recueil épidémiologique est réalisé a) au sein des consultations de prévention de la violence (CPV), au moyen d'une grille de recueil et b) par des travaux ponctuels menés en partenariat. Quelques unes de ces données sont reproductibles dans le temps avec les publications des terrains partenaires⁸.

a. Recueil d'activité (CPV/UAV)

Depuis leur création, ces consultations ont réalisé 1665 prises en charge (tableau 1).

Ces consultations orientent les personnes qui le nécessitent. A cette fin, elles tissent leur partenariat avec les réseaux de prise en charge préexistants et œuvrent pour la mobilisation des professionnels de santé investis (ou non) sur cette thématique. Les liens en réseau semblent porter leurs fruits au vu de l'évolution du mode d'entrée et de sortie dans les consultations spécialisées (tableau 2).

Tableau 1. Nombre de prises en charge depuis leur création (jusqu'au 15/10/09)

	UAV 09	CPV 31	UAV 82
Personnes prises en charge	667	558	440
Consultations	923	734 [1-14]	592
Violences sphère privée	50%	82%	Non précisé

Tableau 2. Mode d'entrée/sortie dans les consultations de prévention de la violence

	2007			2008			2009 (au 15 oct.)		
	CPV 31	UAV 09	UAV 82	CPV 31	UAV 09	UAV 82	CPV 31	UAV 09	UAV 82
Nombre de situations prises en charge (nb de consultations)	190 (203)	157	37 (114)	150 (170)	243	196 (234)	130 (158)	248	209 (244)
Modes d'entrées (%)									
Unité Médico-Judiciaire	87	0		66	0		44,5	0	
Gendarmeries	5	6		14	15		11,5	13	
Autres	4,5	24		4,9	33		17	31	
Sanitaires	2	36		6,6	49		14,5	37	
Patient lui-même	1,5	33		8,5	3		12,5	19	
Orientations (%)									
Psychiatre/Psychologue	21			17			16		
Suivi en CPV	18			15			27		
UTAMS	14			18			21,5		
SAVIM	9			7			20,5		
Autres associations	8			18			6		
AVAC	6			11			11,5		
Médecin traitant	6			9			16		
Professionnels de l'« enfant »	4			17			13,5		
Avocat	3			4			10		
Gendarmes/police	-			0,6			4,5		

⁸ THOMAS A et al. La violence dans le couple, évolution dans le temps Journal de médecine légale et de droit médical 2002,45:117-123 ; THOMAS A, ROUGÉ D. La violence conjugale... dix ans après Concours Méd. 2000;122 (29):2041-2044 ; ALENGRIN D. et al. Les femmes battues. Pourquoi restent-elles au domicile conjugal ? Le concours médical 19 octobre 1991, volume 113;31:2276-2778

b. Recueil épidémiologique sur les femmes victimes de violences dans le couple

Matériel et méthode – Une analyse rétrospective a été réalisée sur l'ensemble de la population des femmes victimes de violences de couple prises en charge dans la **consultation de prévention de la violence du CHRU de Toulouse** sur la période juin 2006-juin 2007. Une analyse descriptive simple est présentée ci-après.

Résultats : L'échantillon concerné est composé de 137 femmes. L'âge moyen des patientes est de 37 ans et 3 mois [20-68]. L'auteur des violences est le plus souvent le conjoint actuel (50,4%). Dans 40,1% des situations, il s'agit d'un « ex » (ex conjoint 27,7%, ex concubin 8,8% ou ex petit ami 3,6%).

Modalité de recours à la CPV : L'entrée est actuellement majoritairement effectuée par l'Unité Médico-Judiciaire (92%), Gendarmerie (3%), Entourage (2,5%), Autres partenaires (2%), Professionnel de santé (1%), Patient (1%), Autres professionnel (0,5%).

Le parcours de violence : Les violences s'exercent de façon chronique (96,4%) dont 4,4% concernent des récidives (l'auteur a déjà fait l'objet d'une condamnation du fait de violence sur la victime). 18,2% des patients ont consulté à plusieurs reprises en unité médico-judiciaire (en moyenne 1,78 certificats [1-8]). La majorité des patientes subissent des violences multiples (67,1% subissent trois types de violences et plus). 97,8% avaient subi des violences physiques, 68% des violences verbales, 78,8% des violences psychiques, 22,6% des violences sexuelles, 13% d'autres types de violences (matérielles, économiques...).

Le moment de « réappropriation de soi » où se trouvent les patientes est variable : 1,5% méconnaissent leur statut de victime, 14,6% combattent la violence, 36,5% envisagent des solutions de sortie, 21,9% disent ne pas souhaiter retourner avec le conjoint, 19% sont passées à autre chose (5,8% des situations n'ont pas fait l'objet de ce diagnostic).

Parcours de soins et état de santé : Suite au dernier épisode de violence, 22,6% ont dû recourir à un médecin, 19,7% à un service d'urgence, 13,1% à un radiologue. Une hospitalisation a été nécessaire pour 2,1% des patientes. La plupart du temps, ces hospitalisations ont été qualifiées de « psychiatrique » ou « sociale ». Concernant la santé des victimes, un caractère de vulnérabilité est retenu pour 13,9% de ces patientes (principalement d'ordre psychologique, mais aussi lié aux conduites d'addiction ou à des pathologies chroniques). Les problématiques de santé les plus souvent retrouvées sont l'altération de la santé mentale (lignée dépressive, lignée post-traumatique, problématique du suicide,...) et des conduites addictives. Une évaluation approfondie de différents paramètres psychologiques n'a pu être réalisée auprès de cet échantillon mais a pu être développé par ailleurs (encadré ci-dessous).

Violences conjugales... et enfants témoins : Un tiers des femmes (30,3%) rapportent des violences qui se sont déroulées pendant leur grossesse. Des accouchements prématurés, des interruptions volontaires de grossesse et des fausses couches répétées sont rapportés spontanément par les patientes. 79,6% de ces femmes ont des enfants (2,2 en moyenne) soit 242 enfants [2-9]. La présence des enfants est systématiquement abordée avec elles. 68,8% de violences indirectes sur les enfants sont rapportées (enfants témoins) et 27,5% des enfants subiraient des violences directes (45% si les violences verbales répétées sont intégrées).

Aspects sociaux : Concernant les antécédents de violences, 31,4% des patientes rapportent un passé avec des violences : 21,9% de violences pendant l'enfance, 12,4% dans un (des) couple(s) antérieur(s) [0-5], 3,6% de violences interpersonnelles à l'âge adulte. Seuls 18,3% de médecins traitants sont avisés de la situation de violence actuelle. L'analyse de leur situation sociale montre que ces femmes sont partiellement (26,3%) voire totalement (15,3%) isolées. Seules 39,4% des patientes envisagent de rentrer à leur domicile, 14,6% sont hébergées, 6,5% recherchent un hébergement, 2,1% sont hospitalisées (37,4% des modes de sortie n'étaient pas connus).

Prise en charge pluridisciplinaire : La plupart des victimes se sont vues proposer une prise en charge pluridisciplinaire (94,2%) : consultation de coups et blessures volontaires (80,3%), psychologue hospitalier (19,7%), associations d'aide aux victimes (SAVIM) ou spécialisées dans les violences conjugales – réseau RIVE-FEMMES (19%), équipe médico-sociales du conseil général (12%), médecin traitant (7,3%), médecin spécialiste (3,5%), cellule enfant en danger (2,2%). Compte tenu des modalités actuelles de recrutement (patientes principalement issues de l'Unité Médico-Judiciaire), seulement 8% des situations ont été orientées vers un professionnel judiciaire (juriste spécialisé, police, gendarmerie ou avocat). Il est à noter que les modes d'orientation en 2008-2009 se sont diversifiés et professionnalisés, preuve du travail en réseau effectué avec les associations professionnelles du champ de la santé.

c. Etat de santé mental de femmes victimes de violences dans le couple

Matériel et Méthode* : 89 patientes victimes de violences conjugales ayant consulté en Unité Médico-Judiciaire ; Passation sur une heure d'entretien de différents tests (PCL-S, BDI [Beck], CAGE, estime de soi [Rosemberg], soutien social [Sarason], mesure l'impact d'une situation sur la vie quotidienne [Echeburua], cognitions post-traumatiques [Foa], COPE).

Lieu et période de recueil : **Consultation de Prévention de la Violence de Haute Garonne**, octobre 2006 à octobre 2007

Age moyen : 36,9 ans [19-59] ; Durée moyenne de la violence : 7,29 ans avec un écart-type de 8,78 ans ; 1,6 d'enfants en moyenne (écart-type de 1,5) ; Auteur : 50% conjoint, 16% concubin, 1% petit ami et 33% un ex (1% conjoint, 20% concubin, 12% petit ami). Violences : 100% physiques et psychologiques, 39% de violences sexuelles.

Santé mentale : 87,8% souffrent d'une dépression (42,7% de dépression sévère), 46% présentent un trouble du stress post-traumatique. 46,3% des femmes évaluées lors de cette étude souffrent à la fois d'une dépression et d'un trouble de stress post-traumatique. Seules 48,9 % bénéficient d'une prise en charge de ces pathologies au moment de l'évaluation.

*Restitution complète In « Les violences au sein du couple – Conséquences pour la santé mentale et adaptative des femmes » LIGNON Saba Thèse de science, Laboratoire OCTOGONE-CERPP, Université de Toulouse le Mirail.

4. L'identification des besoins, ressources et attentes des professionnels

L'identification est réalisée à travers des échanges pluridisciplinaires (partage d'expérience entre UAV-CPV et leurs partenaires), les rencontres avec les contacts du réseau, des actions de sensibilisation, de formation ou de l'accompagnement de projets. Nous abordons respectivement différents publics concernés : a) professionnels médicaux de première ligne au travers de l'enquête « violence et santé » b) professionnels de santé et autres rencontrés lors des évènements de sensibilisation et de formation c) professionnels investis dans la prise en charge spécifique des personnes en situation de violence.

a. Population médicale (enquête « violence et santé » 2007-2009)

L'orientation des personnes en situation de violence vers les structures spécialisées reste peu usitée par les professionnels de santé (hors services d'urgence). Pour explorer les pratiques, besoins et attentes des professionnels au regard de la prise en charge des personnes en situation de violence, le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Midi-Pyrénées, la DRASS Midi-Pyrénées et le Groupement Régional de Santé Publique de Midi-Pyrénées ont financé une enquête. Celle-ci a été réalisée auprès de la population médicale susceptible d'orienter les personnes en situation de violence sur les CPV de la région. Les principaux résultats sont présentés ci-après.

Matériel et méthode : Notre étude a été une enquête transversale en population médicale. L'échantillon était de 7235 médecins, toutes spécialités confondues, soit la totalité des médecins inscrits au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des départements 09, 31 et 82. La zone d'étude correspondait à l'ensemble des médecins en exercice dans les départements concernés par la création d'une consultation de prévention de la violence (CPV ou UAV). Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire structuré. Ce questionnaire comprenait : 1) des données sociodémographiques des médecins 2) les caractéristiques de la population en situation de violence 3) les pratiques liées aux situations de violence et 4) les connaissances sur la violence (dépistage, recommandations, législation, réseau existant), les besoins et attentes des médecins. L'ensemble des questionnaires ont été retournés sous enveloppe « T » à l'Association PREVIOS. Ils ont été saisis sur le logiciel Epi info Version 6 actualisée. L'analyse descriptive simple des différentes variables est restituée ci-après.

Résultats : 966 médecins (dont 45,2% de généralistes) ont répondu au questionnaire soit 13,3% de l'échantillon initial.

Pour 77% des médecins, la violence est une priorité de santé. 87% se sentent concernés par la prise en charge sanitaire des victimes. 48% se disent concernés par la prise en charge sanitaire des auteurs de violence. Cette

prise en charge est d'abord pensée par les médecins autour du dépistage (69%) et de la prise en charge sanitaire (61%), puis en termes d'information à la personne (55%) et d'évaluation de sa situation de violence (40%).

La prévalence des personnes en situation de violence dans la patientèle semble sous estimée : 11,7% des médecins précisent n'avoir jamais diagnostiqué de violences (48,7% entre 1 à 10 cas, 19% de 10 à 50 cas, 9,4% plus de 50 cas). Les généralistes identifient une prévalence plus forte des personnes en situation de violence que les spécialistes (à l'exception des réanimateurs, psychiatres, urgentistes et médecins du travail). Le dépistage est réalisé sur signe d'appel par un médecin sur deux (52,5%). Un tiers (32,2%) précise ne jamais faire de dépistage. Seuls 5,2% disent dépister systématiquement ou 8,1% en cas de situation à risque. Seul 2,9% des médecins précisent connaître un test de dépistage des violences (il est à noter qu'il n'en existe pas de scientifiquement validé en France). La consignation des violences dans les dossiers médicaux à l'occasion d'un dépistage d'une situation a déjà été réalisée par 69,9% des praticiens. 65,5% ont déjà rédigé un certificat médical (pourcentage très variables selon les spécialités). 41,7% ont déjà signalé un patient en situation de violence.

La connaissance des modalités de prise en charge des personnes en situation de violence paraît insuffisante : 21% des médecins précisent connaître les pathologies liées à la violence (62% partiellement), 12,3% les référentiels de prise en charge des victimes de violence (contre 4,6% pour les référentiels « auteurs »). La législation relative aux victimes est connue de 4,6% des médecins et celle relative aux auteurs de violence par 3,6%.

Le vécu de la prise en charge des violences : « difficile », « dévalorisant », « déplaisant » et « manque de temps » sont les sentiments les plus rapportés.

92,2% des médecins expriment des besoins. En premier lieu de formation (80,5%), de connaissance des lieux de prise en charge (70,8%) et de mise en place de partenariats (37,8%).

La demande de formation : Une carence de formation initiale est majoritairement alléguée. Les médecins disent avoir été, pour moitié, formés à la rédaction d'un certificat de coups et blessures (54,2%), au signalement (25,5%), à la prise en charge spécifique des violences (15,1%), à l'évaluation d'une situation de violence (12,7%), au dépistage des violences (10,5%). Seuls 15,2% des médecins précisent avoir bénéficié d'une formation continue sur le thème des violences (le plus souvent de quelques heures). Le contenu de la formation souhaité est axé sur le dépistage, la prise en charge et le suivi des victimes. L'auteur est quasi absent des thèmes cités.

La connaissance et le recours au réseau existant : Une forte demande de connaissance du réseau de prise en charge est relevée même si 88% des praticiens précisent connaître un partenaire spécialisé dans ces prises en charge : en premier lieu la médecine légale (62%), autres professionnels de santé (42,7%), consultations spécialisées (41%), associations (34,8%), autorités judiciaires (31,7%) et administratives (24,5%). Il est à noter que la connaissance du réseau existant notamment associatif est plus fréquente chez les médecins de sexe féminin (40,7% versus 28,7%).

Le recours aux consultations spécialisées est jugée utile par 90,8% des médecins. 85,7% d'entre eux pensent pouvoir solliciter leur patient à y recourir. C'est pour la prise en charge des patients que celles-ci sont envisagées, principalement pour l'écoute, l'information juridique, l'évaluation psychologique et médico-légale.

Le recours pour soi, est cependant très présent : échange d'information entre professionnels de santé, formation continue, connaissance des référentiels et partage d'expérience sont des besoins cités par près des deux tiers des praticiens.

b. Population bénéficiaire des actions de sensibilisation et de formation (2007-2009)

Les actions menées par PREVIOS auprès des professionnels, de santé et autres, apportent d'autres précisions^{9,10} :

⁹ THOMAS A, BAZEX H., D. ROUGE Etude action sur l'amélioration de la prise en charge des victimes de violence en milieu hospitalier Journal de médecine légale et de droit médical 2007, Vol. 50, N° 1-2, 5-13

¹⁰ THOMAS A., LE DOREE M. La violence professionnelle en milieu hospitalier Journal de médecine légale et de droit médical Journal de Médecine Légale et de Droit Médical, 2007, Vol. 50, N° 1-2, 14-23

1) les prises en charge directes via les services portent, le plus souvent, sur les situations de violences perturbant l'organisation des services et mettant en péril la sécurité des équipes ou des autres usagers ; la prise en charge sollicitée est souvent médico-légale et peu axée sur le psycho-traumatisme.

2) de plus en plus de situations de violence sont identifiées, générant une inquiétude pour le professionnel (sentiment d'être isolé). Il est identifié, par ces professionnels (y compris chez les professionnels de santé), une difficulté à prendre en charge sur une porte d'entrée « violence », y compris dans le cadre du dépistage des personnes en situation de violence. Certains professionnels de santé évoquent ne pas être encore à l'aise dans le dépistage de déterminants de santé en lien avec la violence (exemple du dépistage de la conduite à risque vis-à-vis de l'alcool en maternité).

3) dans les divers champs professionnels, et à tous niveaux (terrain, institution, recherche), la prise en charge des violences de couple fait écho, dans les représentations, à la sphère privée. S'autoriser à entrer dans ce champ de la sphère privée est loin d'être une évidence pour les professionnels (tout comme par extension, pour la sphère des proches et de la famille). L'idée d'un droit d'ingérence cité dans le Rapport Coutanceau, dans l'intérêt des personnes, n'est pas encore suffisamment débattue dans le discours social.

4) le professionnel de santé « tout venant » se dit non formé au dépistage et à la prise en charge des symptômes liés aux violences. C'est chez les professionnels intervenant en périnatalité que la demande de formation spécifique émerge.

5) les professionnels de santé formés à la prise en charge des traumatismes liés à la violence sont peu nombreux. Ils peuvent exprimer une réticence à développer dans leur « patientèle » une file active importante de personnes en situation de violence (renvoi au « rôle du légiste »). L'exercice de ces prises en charge s'impose, pour eux, dans la collégialité et en un même lieu. En effet, dans l'intérêt des victimes et des protagonistes présents dans la situation de violence, il doit être pensé une évaluation globale et une prise en charge transversale : auteur, enfants témoins, etc.

En conclusion, le mode d'entrée des professionnels dans l'action, est un véritable accompagnement de ces derniers (travail sur les représentations, projet de soin personnalisé, analyse des pratiques professionnelles). Cependant cet accompagnement doit être associé à une évolution du discours social qui viendra par l'évolution des représentations sur la violence.

c. Professionnels des CPV/UAV et leurs partenaires (journées d'échanges CPV/UAV 2009)

Les professionnels des CPV/UAV, lors de journées d'échange, ont exprimé leur besoin de partage d'expérience. Au-delà de ce partage, plusieurs points prioritaires ont été identifiés, pour l'amélioration et la pérennité de ces prises en charge :

1) Le partage d'expérience doit se compléter d'un accompagnement méthodologique. Les méthodes d'évaluation clinique pluridisciplinaire des personnes en situation de violence (victime, auteur, enfants) permettraient de rendre compte de l'impact des prises en charge sur les parcours de ces personnes en situation de violence.

2) Le travail sur les représentations réalisé auprès de ces professionnels a montré la nécessité d'une supervision de leur pratique clinique. Cette offre répondrait aux recommandations des groupes de travail du rapport TURSZ (bientraitance des personnes investies dans la prise en charge des personnes en situation de violence).

3) Les consultations de prévention de la violence, dans leurs institutions, sont porteuses de projets de bientraitance : organiser la prise en charge de « première ligne »¹¹, connaître et promouvoir le réseau existant¹² et se mettre en capacité d'analyse rétrospective pluridisciplinaire des situations critiques¹³.

¹¹ THOMAS A, BAZEX H, TRAPE F, OUSTRAIN M, ROUGE D. Réflexions pour la constitution d'un chemin clinique des victimes au sein des établissements de santé Journal de médecine légale et de droit médical 2008, Vol.51, N°2, 71-80

¹² BAZEX H, THOMAS A., COMBALBERT N., LIGNON S. La création d'un réseau pluridisciplinaire de prévention de la violence conjugale. Encephale (2009), doi:10.1016/j.encep.2008.11.004

¹³ THOMAS A, COMBALBERT N, FAY J, PAQUIS J. Revue de mortalité morbidité en psychiatrie : « suicide ou tentatives de suicide » Encéphale Thomas A, et al. Encephale (2009), doi:10.1016/j.encep.2009.02.003

4) Au-delà de l'évaluation globale des situations de violence, les orientations prévues aboutissent à l'identification de structures professionnelles sanitaires susceptibles de mettre en œuvre des prises en charge sanitaires spécifiques systémiques. Ces prises en charge sont en réflexion et nécessiteraient d'être développées. Une articulation avec les CPV/UAV est recherchée pour porter les projets en partenariat.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Il est difficile de calculer précisément le poids que représentent tous les types de violence, ou leur incidence sur la productivité économique sur notre territoire. La littérature dont nous disposons, montre que les personnes qui ont été victimes de violence familiale et sexuelle pendant l'enfance ont plus de problèmes de santé, des frais correspondants sensiblement plus élevés et qu'elles se rendent plus souvent auprès des services sanitaires et sociaux au cours de leur vie que les personnes qui n'ont pas été maltraitées. Il en va de même des victimes de mauvais traitements et de négligence. Les coûts liés à la violence contribuent considérablement aux dépenses annuelles de notre région. Ainsi, rapportée à notre seule région (poids population femme 2005), la seule violence dans le couple coûterait, pour les frais directs (Marrisal, 2005) plus de 48 millions d'euros à la région Midi-Pyrénées¹⁴.

Compte tenu des enseignements sus cités, des priorités d'actions sont identifiées sur les points suivants :

- Actions en direction de tous les professionnels :
 - 1) Participer à faire évoluer les représentations sur les violences,
 - 2) Développer les partenariats pour accompagner le dépistage précoce des situations de violence,
 - 3) Améliorer les prises en charge des personnes en situation de violence par la formation-action pluridisciplinaire au « dépistage, information et l'orientation des personnes en situation de violence »,
 - 4) Intégrer dans les différentes actions un travail sur les représentations et sur le vécu des situations de violence¹⁵.

- Actions vers les acteurs investis dans la prise en charge des personnes en situation de violence :
 - 5) Favoriser le partage d'expérience entre ces acteurs,
 - 6) Développer l'évaluation des prises en charge,
 - 7) Favoriser la mise en place de supervisions des équipes investies dans l'accompagnement des personnes en situation de violence pour soutenir l'acte professionnel dans la durée.

- Actions vers les institutions :
 - 8) Promouvoir le financement de l'évaluation des pratiques des professionnels en charge de situations de violence¹⁶ (impact sur le parcours des personnes en situation de violence) et du retour d'expérience (promotion d'évènements)
 - 9) Promouvoir la mise en place d'un observatoire « violence et santé » permettant d'améliorer nos connaissances selon deux axes de travail : a) parcours des personnes en situation de violence b) pratiques professionnelles et bientraitance (approche préventive autour de la notion de projet de soin personnalisé)

Le réseau PREVIOS souhaite trouver des relais d'information pour diffuser les résultats de ses travaux.

Des actions de sensibilisation ou de formation peuvent être étudiées de façon spécifique auprès de différents publics.

Contact : preventionviolence@yahoo.fr

¹⁴ Montant rapporté au « poids population femme 2005 ».

¹⁵ THOMAS A., BARDOUIL N., BAZEX H. Représentations et direx des professionnels de santé intervenant auprès des victimes de violence, Congrès de la Société Française de Santé Publique, Nantes, 2 octobre 2009

¹⁶ THOMAS A., BAZEX H., TRAPE F., OUSTRAIN M., RIAL-SEBBAG E., COSTAGLIOLA R., ROUGE D. Pratiques professionnelles & violence Restitution d'une enquête menée en Midi-Pyrénées, 46e Congrès International Francophone de Médecine Légale, 4 juin 2009, Lille

ANNEXE 1 - LES CONSULTATIONS HOSPITALIERES DE PREVENTION DE LA VIOLENCE EN MIDI-PYRENEES

Le réseau Prévention violence et Orientation Santé (PREVIOS) est missionné par le GRSP Midi-Pyrénées pour la coordination des consultations pluridisciplinaire (appelées consultations de prévention de la violence [CPV] ou unité d'accueil des victimes [UAV]) en région Midi-Pyrénées et l'aide à d'autres consultations émergentes.

Les objectifs opérationnels de ces consultations visent à :

- l'évaluation globale de la situation de violence identifiée, à l'appui et à la guidance spécifique complétant les soins traditionnellement fournis par les services médicaux ;
- la sensibilisation des professionnels vis-à-vis du dépistage et de l'orientation des victimes ;
- le développement d'action de prévention en collaboration avec le réseau existant sanitaire, juridique et social investit dans la prise en charge des victimes.

Dans leur phase de mise en place (2007), ces consultations souhaitent :

- développer des partenariats avec les professionnels de santé concernés par la prise en charge sanitaire ou autre, des victimes ou auteurs de violence.
- identifier les besoins des professionnels confrontés dans leur pratique à des situations de violence répondre y mieux.

Ariège (09)	<p>Unité d'accueil des victimes Centre Hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège 10 rue Saint Vincent 09100 Pamiers Tél. 05.61.60.90.15 Fax. 05.61.05.90.16 Courriel : uav@chi-val-ariege.fr Horaires de consultation : lundi et vendredi de 9h à 12h Patients vus sur RDV ou non (prise de rendez vous du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30) Internet : http://www.chi-val-ariege.fr/pagesEditos.asp?IDPAGE=132 Partenaires : Préfecture, ASJOA, APEA, CIDFF 09</p>
Haute-Garonne (31)	<p>Consultation de Prévention de la Violence Hôpital de Rangueil, Bât H 1, 2ème sous-sol 1, avenue Jean Poulhès TSA 50032 31059 Toulouse Cedex 9 Tél. 05.61.32.37.17 Fax. 05.61.32.31.87 Courriel : prevention.violence@chu-toulouse.fr (Patients vus sur RDV) Internet : http://www.chu-toulouse.fr/-consultation-prevention-violence- Partenaires : Conseil général, AVAC, SAVIM, Réseau RIVES FEMMES (SAVIF/PEA, APIAF-Olympe de Gouges, La Maison des allées, ISES, CIDFF31, Du Côté des Femmes), Gendarmerie, Du Couple à la Famille,...</p>
Tarn et Garonne (82)	<p>Unité d'accueil des victimes Hôpital de Montauban 100 avenue Léon Cladel 82000 Montauban Tél. 05.63.92.89.68 Fax. 05.63.92.89.69 Internet : http://www.ch-montauban.fr/services.php?service_id=8 (rubrique unité d'accueil des victimes) Horaires de consultation : lundi et jeudi matin de 9h-12h Patients vus sur RDV (prise de rendez vous du lundi au vendredi de 9h à 17h) Partenaires : AVIR 82, CIDFF 82, MFPF 82</p>

ANNEXE 2 - Le réseau PREVIOS

Missions :

L'association PREVIOS développe des actions de sensibilisation, de formation et accompagne des projets sur la thématique violence et santé. Ses missions visent à l'amélioration des prises en charge des personnes en situation de violence :

- 1) Améliorer l'accueil des victimes, témoins et auteurs de violence par une prise en charge pluridisciplinaire (développement du dépistage, de l'accueil, de l'évaluation globale et de l'orientation concertée entre partenaires),
- 2) Articuler les dimensions sanitaires, judiciaires et sociales par la co-création de référentiels régionaux de sensibilisation, de formations et de pratiques concertées.

Projets (2006-2009) :

- Etat des lieux de la violence vécue par les professionnels hospitaliers, Centre Hospitalier Montauban (2006).
- Etat des lieux de la prise en charge des victimes de violence en Midi-Pyrénées en partenariat avec le réseau REQUAMIP (2006),
- Accompagnement en Région de la création de consultations de prévention de la violence (2006-2007),
- Coordination de l'étude action « Amélioration de la prise en charge en milieu hospitalier des victimes de violences » en Midi-Pyrénées, Partenariat CREDES-DGS (2006-2008),
- Enquête sur les pratiques des médecins relatives à la prise en charge des victimes, Partenariat CROM & DRASS de Midi-Pyrénées (2006-2009),
- Coordination des consultations de prévention de la violence, Partenariat UAV Ariège, CPV Haute Garonne, UAV Tarn et Garonne (2006-2010),
- Accompagnement de la création de groupes de parole auteurs de violence (2008-2010),
- Accompagnement du dépistage précoce des violences (2009),

Retour d'expérience auprès des professionnels et institutions (non exhaustif)

Interventions auprès des professionnels et des Institutions : Prévention de la violence et amélioration des conditions de travail ; Bien-être ; Maltraitance et personnes vulnérables ; Représentations des professionnels sur la violence (médecins, sages femmes, infirmière, aides soignants, professionnels de médecine préventive, gendarmes, etc.), Violences de couple ; Violence et impact sur la santé ; Aspects de la Maltraitance à enfant ; Violences sexuelles ; Violence et Grossesse ; Prévention de la violence auprès des personnes ; Réflexions pour la constitution d'un chemin clinique des victimes au sein des établissements de Santé ; Prise en charge Sanitaire et Médico-Judiciaire des victimes d'agression ; Mise en œuvre d'un projet bien-être, etc.

Evaluation des pratiques professionnelles : Analyse des pratiques et prévention de la violence ; Groupes de pairs, dépistage précoce de la violence ; Audit clinique ciblé sur les certificats de coups et blessures volontaires ; Revue de mortalité morbidité et analyse approfondie des causes de tentatives de suicides et suicides en secteur de psychiatrie ; Chemin clinique des victimes de violences, etc.

Derniers rapports d'activité : Projet régional « prévention de la violence » en Midi-Pyrénées Rapport d'activité 2007 (80p.) et rapport d'activité 2008 (62p.), PREVIOS.

Financements : Groupement Régional de Santé Publique de Midi-Pyrénées, Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Midi-Pyrénées, Acsé, Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité, CNFPT Midi-Pyrénées, Association Zonta Isatis, Association Bons crus et Gastronomie.

Contacts :

Dr THOMAS, Médecin chargé de mission : preventionviolence@yahoo.fr

Mme DOUSSET, Assistante : assoprevios.secretariat@yahoo.fr

Réseau PREVIOS chez Mme LE NIR 6 rue Pétrarque 31000 Toulouse

Tél. 05.61.14.56.13

Fax 05.31.60.38.10

Portable 06 38 26 78 22

Site Internet : www.reseauprevios.fr

Organisme de formation : n°73 31 05301 31.