

Réflexions pour la constitution d'un chemin clinique des victimes de violence au sein des établissements de santé

A. THOMAS^{1,2}, H. BAZEX^{2,3}, F. TRAPE^{1,2,4}, M. OUSTRAIN¹,
S. LIGNON¹, D. ROUGÉ⁴

Mots-clés : Chemin clinique, Victimes de violence, Réseau PREVIOS.

TITLE: Thoughts on the Constitution of a Clinical Pathway for Victims of Violence at Healthcare Establishments.

Key-words: Clinical pathway, Victims of violence, PREVIOS network.

La réflexion autour du chemin clinique (ou parcours du patient) est dans cet article issue de deux approches : l'une ayant trait aux politiques de santé visant à l'amélioration de la prise en charge des victimes de violence (1), l'autre ayant trait à la démarche qualité actuellement en œuvre dans le système de santé Français et intégrant les démarches de certification des établissements de santé et d'évaluation des pratiques professionnelles (2).

1) Les politiques de santé

La prévention de la violence est une priorité de santé publique, y compris dans les pays développés (OMS 1997, 2002). La prévalence des violences et leur impact sur la santé sont documentés tout comme l'impact sur la santé. Le coût global direct est estimé en France (pour la seule violence conjugale) à plus d'un milliard d'euros [1] dont 1/5^e pour les soins de santé, 1/3 pour les coûts liés au handicap, aux décès évitables et aux traumatismes divers, le reste ayant trait aux conséquences sociales de la violence.

En France, de multiples recommandations ont été émises [2, 3, 4] et reprennent constamment les priorités suivantes :

1. Inciter au dépistage de la violence,
2. Sensibiliser les médecins, les professionnels de santé, les hôpitaux,

1. Consultation de Prévention de la Violence, Hôpital de Rangueil, Bât H 1, 2^e sous-sol, 1, avenue Jean Poulhès TSA 50032, 31059 TOULOUSE Cedex 9 (France).
2. Réseau PREVIOS (Prévention Violence et Orientation Santé), preventionviolence@yahoo.fr, tél./fax 05 61 14 56 13.
3. Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire.
4. Unité Médico-Judiciaire, CHRU Rangueil.

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.

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique instaure en France 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* ».

Ce plan « Violence et Santé » est précédé par la réalisation d'une étude action de la Direction Générale de la Santé (2006-2007) visant à l'« *amélioration de la prise en charge en milieu hospitalier des victimes de violence* ». Cette étude action réalise un état des lieux initial de la prise en charge des victimes de violence en réseau sur huit régions [5]. Sa synthèse doit s'achever au premier trimestre 2008.

2) La Certification des établissements de santé et l'Évaluation des Pratiques Professionnelles

a) La certification

Dans le référentiel de certification des établissements de santé, aucune référence n'aborde directement la prise en charge de la victime de violence si ce n'est sous l'angle de la prévention de la maltraitance [6].

Les rapports les plus récents traitant de la violence, mettent l'accent sur la mise en place de manière systématique de protocoles clairs relatifs à la maltraitance précisant les bonnes pratiques pour les professionnels confrontés à tel ou tel type de situations.

Seulement, le secteur social ou médicosocial est le plus souvent mis en avant. Pourtant, il existe un manque de connaissances sur cette problématique en milieu hospitalier notamment pour les maltraitances vis-à-vis des personnes handicapées [7]. L'action d'amélioration mise

en avant est le plus souvent une action de formation et est assez peu liée à l'évaluation des pratiques professionnelles (contention, prévention de la dénutrition...).

b) L'évaluation des pratiques professionnelles

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste en « *l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et incluant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques* » (décret 2005-36 du 14 avril 2005).

— Concernant les recommandations

Les recommandations médicales sur les prises en charge des victimes sont peu nombreuses et font référence à des moments de parcours [8] ou à des types de violence [9]. Le chemin clinique se trouve donc finalement peu lisible de manière transversale même si d'autres outils (guides...) tentent d'initier des passerelles entre différents domaines d'intervention [10].

Ce manque de lisibilité est probablement aussi lié au fait que, dans le domaine sanitaire, le chemin clinique transparait au travers d'une succession d'« actes médicaux, paramédicaux et autres ». Or la prise en charge spécifique des victimes de violences n'est pas reconnue sous cet angle malgré la « *forte dimension de soin* » [11] dont elle relève : dépistage et prise en charge de pathologies mentales, de conduites d'addiction, de troubles de santé liés à la violence [12] ; temps de concertation pluridisciplinaire, de suivis psychosociaux concertés, etc.

Heureusement, nous pouvons noter quelques progrès, puisque certaines « recommandations de spécialités » récentes intègrent la notion du dépistage des victimes de violence (notamment la violence dans le couple [13, 14]). Cependant, ces dernières sont encore loin des recommandations spécifiquement réalisées sur ce thème dans d'autres pays [15, 16, 17], car elles n'abordent pas le sujet sur le fond.

— Parmi les méthodes d'EPP : le chemin clinique

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le Chemin Clinique est une « *méthode d'amélioration de la qualité des soins* ». Appelé *Clinical Pathway*, *Critical Pathway* ou *Integrated Care Pathway* dans les pays anglosaxons, le chemin clinique décrit les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient au sein de l'institution.

Cette méthode vise à rationaliser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable. Le chemin clinique repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir de règles de bonnes pratiques. Il peut être utilisé en établissement de santé, dans un réseau de soins ou dans le cadre de l'exercice libéral lorsque les professionnels se coordonnent entre eux.

Pour le décrire, un outil a été réalisé par la HAS [18]. Présenté comme une méthode d'amélioration de la qualité, le chemin clinique est adapté pour permettre de répondre à la référence 42 du manuel de certification (ex «référence 46») : «*L'évaluation de la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux*». Sur le terrain, les parcours concertés des patients victimes de violences sont néanmoins qualifiés de «*peu lisibles*» et, lorsque des textes prévoient des protocoles [11], «*leur repérage au sein des instances hospitalières est bien difficile*» [19].

Les objectifs du Chemin Clinique étant l'optimisation ou l'amélioration de la prise en charge (recourir aux compétences réunies au sein de l'institution ou en dehors) et la maîtrise des risques d'une activité, nous tâcherons de poser quelques pistes pour la constitution de cet outil puis nous évoquerons quelques points

de maîtrise de l'activité de prise en charge des victimes.

LES PISTES POUR LA CONSTITUTION D'UN CHEMIN CLINIQUE

L'identification du chemin clinique passe par un état des lieux des besoins et attentes des acteurs en présence et par la reconnaissance des compétences des professionnels impliqués dans la prise en charge spécifique des victimes (1). En second lieu, le recours à cette prise en charge spécifique nécessite de la rendre lisible à tous les professionnels (2).

1) L'estimation préalable des besoins et attentes des victimes et des professionnels

Les professionnels du réseau PREVIOS (encadré 1) se sont attachés à réaliser un état des lieux préalablement à la création de lieux d'évaluation globale des situations de violences (Consultations de prévention de la violence).

Encadré 1 : La prévention de la violence, proposition d'une déclinaison régionale par le réseau PREVIOS.

Depuis fin 2003, une action régionale sur la prévention de la violence est développée en région Midi-Pyrénées à l'initiative du Service de Médecine Légale du Centre Hospitalo-Universitaire de Toulouse.

Cette action accompagnée par les tutelles sanitaires a abouti à la création du **réseau PREvention Violence et Orientation Santé (PREVIOS)**.

Sa mission est de promouvoir :

- ✓ des actions de prévention auprès des professionnels (de santé et autres) visant à la création de lieux d'échanges interdisciplinaires, de référentiels et d'outils pratiques,
- ✓ et la mise en place de lieux d'accueils professionnalisés et d'actions d'éducation sanitaire et sociale pour prévenir la violence auprès des personnes directement concernées par la violence (victimes, témoins, auteurs).

L'aspect innovant réside :

- ✓ dans la création de consultations de prévention de la violence, lieux pluridisciplinaires d'accueil et d'évaluation des situations de violence. Les professionnels y développent une approche globale et systémique de la situation de violence et contribuent à l'évaluation des prises en charge concertées. Ces lieux associent les professionnels disposant d'une expertise dans le domaine de la violence (champs sanitaire [médical, psychologique...], social, judiciaire), lesquels ont pour mission de promouvoir la connaissance sur la prise en charge de victimes auprès des autres professionnels (de santé et autres),
- ✓ dans le recueil épidémiologique sur les situations de violence prises en charge et dans la définition de priorités de prévention,
- ✓ dans la création d'actions de prévention multidisciplinaire (partage d'expérience, formation des différents professionnels en charge des victimes et auteurs de violence, formation au dépistage).

Les actions menées auprès de victimes de violence dans le couple ont mis en évidence [20] :

- ✓ leurs besoins multiples (86,3 % des patients) essentiellement tournés vers le sanitaire et l'accompagnement juridique et social (tableau I et II),
- ✓ leur souhait de prise en charge sanitaire de l'auteur, y compris sous la contrainte (75 % des victimes de violence dans le couple),
- ✓ le parcours des victimes de violence dans le couple vers les consultations spécialisées n'est pas initié majoritairement à la demande de la justice mais par les victimes elles-mêmes, ceci de façon constante dans le temps [21] (60 % des violences dans le couple),
- ✓ le travail sur la violence dans le couple conduit au dépistage de violences familiales dans plus de 70 % des cas (thématique des enfants témoins).

Les actions menées auprès des professionnels de santé (sensibilisations, formations...) apportent d'autres précisions [5, 22] :

- ✓ en milieu institutionnel, les préoccupations portent, le plus souvent, sur les faits de violences qui perturbent l'organisation des services et met en péril la sécurité des équipes ou des autres patients,
- ✓ la réticence à initier des prises en charge de victimes et d'auteurs de violence est présente, y compris dans le dépistage des violences ; sur ce point, certains professionnels de santé évoquent ne pas être 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),

Tableau I : Retentissement de la violence, allégations des victimes (Prévios 2006).

✓ Troubles somatiques :	96,2 %
✓ Troubles psychiques :	92,4 %
✓ Conséquences sociales :	72,5 %
✓ Impact sur leur relation aux personnes :	45 %
✓ Initiation ou aggravation de conduites addictives :	
* Tabagisme :	27,8 %
* Consommation d'alcool :	6,3 %
* Consommation de drogues :	4 %

- ✓ le médecin généraliste ou spécialiste se dit non formé au dépistage des violences et à la prise en charge des symptômes réactionnels,
- ✓ les professionnels de santé formés à la prise en charge des traumatismes liés à la violence sont peu nombreux et peuvent exprimer des réticences à développer dans leur « patientèle » une file active importante de patients victimes de violences chroniques.

Ainsi, au travers de cet état des lieux, nous repérons la nécessité de rendre lisible la prise en charge globale par un repérage et une définition du rôle des différents professionnels confrontés aux situations de violence.

2) La lisibilité sur les niveaux de prise en charge et les compétences réunies

De façon schématique, la réalisation du parcours optimal de la personne victime de violences repose sur l'organisation de professionnels disposant de différents

Tableau II : Besoins exprimés par les victimes (Prévios 2006).

Besoin relatif à :	Ecoute (%)	Informations (%)	Suivi (%)	Pas de besoin exprimé ou non précisé (%)
Etat de santé	36,5	30,6	61,2	21,5
Etat psychologique	52,5	15,9	23	32,7
Situation sociale	15,9	20,4	14,2	62,8
Situation juridique	23,9	69	69	22

niveaux de connaissance sur la prise en charge spécifique des victimes (a). Cette prise en charge peut être synthétisée en Chemin Clinique à différents niveaux (b).

a) *L'hypothèse de travail*

Trois niveaux de connaissances sont nécessaires à la prise en charge des victimes. Chacun de ces niveaux se traduit par un objectif opérationnel :

- ✓ un niveau de dépistage vise à rendre autonome les professionnels dans la réalisation du dépistage, de l'information à la victime et de son orientation ;
- ✓ un niveau d'«évaluation globale de la situation de violence» réunit des professionnels formés réalisant, au terme d'une évaluation, une guidance et un accompagnement spécifique en réseau ; l'objectif opérationnel est l'implication de la victime dans une démarche visant à sa protection et à son autonomie ;
- ✓ un niveau de «prise en charge spécifique» pluridisciplinaire et en réseau complète les soins traditionnellement dispensés à la personne. Il vise à limiter la durée d'exposition à la violence et/ou les incapacités secondaires à la violence.

L'organisation de ces niveaux de prise en charge requière d'identifier les compétences réunies au sein de l'institution et de les mettre en relation avec les partenaires extérieurs (Associations d'Usagers ou de Professionnels, Médecins traitants, Unités Territoriales d'Action Médico-Sociale, Centres Médico-Psychologiques, Centres de Santé...). L'articulation de ces niveaux de prise en charge permettra de favoriser la connaissance des déterminants de santé en lien avec la violence, et selon les champs de compétences, d'acquérir une nouvelle lecture des éléments cliniques en présence (refus de soins, inobservance, déséquilibre de pathologies chroniques, difficultés non médicales dans les suites d'actes médicaux ou chirurgicaux, apparition de pathologies liées à la violence [12]...).

b) *Les niveaux de prise en charge*

— *Dépister, informer, orienter*

Il permet au professionnel de disposer de connaissances sur :

- ✓ le parcours des victimes de violence (notamment pour connaître les attitudes « paradoxales » de ces dernières et ne pas attendre de modifications de la trajectoire de façon immédiate) ;
- ✓ les tests de dépistage adaptés à l'activité clinique (dépistage systématique aux urgences ou en maternité, dépistage sur signes d'appel...) ;
- ✓ les « messages clef » à faire entendre à la victime (le renvoi de l'anormalité de la situation vécue, la responsabilité de l'auteur des violences et non pas de la victime quelle que soit son attitude, le droit des victimes, l'existence de lieux de prise en charge spécialisés, le devoir de protection des enfants...) ;
- ✓ le réseau de prise en charge au moyen d'une plaquette d'information sur les lieux de prise en charge à donner à la victime et complétant l'information sus citée.

Le rapport Lovell [23] cite plusieurs axes d'amélioration de la connaissance : « *lutte contre la méconnaissance des professionnels sur le retentissement psychologique des violences* », « *déstigmatiser la pathologie mentale* », « *prise en charge des patients difficiles et soutien aux équipes en difficultés* »...

D'autre part, la recherche action sur ce thème avec les équipes semble une voie intéressante pour favoriser la connaissance [24]. Elle nécessite cependant d'être encadrée par des professionnels spécialisés dans ces prises en charge.

Concernant les actions de prévention, le rapport Baudier [25] rappelle certains fondamentaux : « *placer la santé de l'enfant et du jeune au cœur de la prévention de la violence* », « *favoriser un droit d'intervention dans les institutions ou les pratiques susceptibles de générer des violences au prix de la santé des enfants et des jeunes* », « *réhabiliter le jeu gratuit, le plaisir, le droit au rêve et à passer du temps à ne rien faire...* ».

— *Evaluation globale et pluridisciplinaire*

La préoccupation d'évaluation globale de la situation devrait intéresser un grand nombre de situations de violence (violences de couples, violences familiales...). Une amélioration de l'évaluation des personnes les plus vulnérables devrait être un axe prioritaire (mineurs victimes directes ou indirectes [enfants témoins de violences de couple], personnes âgées, per-

sonnes déficientes, violences de couple pendant la grossesse...).

Cette évaluation globale nécessite un temps initial d'écoute relativement long. Elle est développée au sein des Consultations de Prévention de la Violence (CPV) de Midi-Pyrénées sur l'exemple de la consultation interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence des Hôpitaux Universitaires de Genève [26]. Dans cette consultation [27], la collecte de ces données permet de procéder à une évaluation approfondie de la situation de la victime et à constituer un dossier évolutif au niveau des contacts engagés et des actions entreprises. L'objectif est de recueillir des informations nécessaires à l'amélioration des connaissances sur la situation sanitaire, sociale et judiciaire des victimes de violences (situation de santé, vulnérabilité de la personne et des tiers concernés, dangerosité de la situation...).

— *Prise en charge spécifique*

S'il n'est pas développé de consensus sur les prises en charge thérapeutiques, l'état des connaissances sur les conséquences des violences laisse entrevoir la nécessité d'une articulation des pratiques pluridisciplinaires et leur nécessaire évaluation. La nécessité de favoriser la recherche dans ce domaine est systématiquement rappelée dans les rapports internationaux et nationaux.

En une unité de lieu, les consultations spécialisées peuvent présenter leur chemin clinique tel qu'il est réalisé localement. Certaines consultations faisant intervenir successivement plusieurs compétences (médecin légiste, psychologue, juriste...) peuvent illustrer leur prise en charge par un chemin clinique synthétique en affichage mural (cf. annexe). Ce dernier permet de faire connaître au patient un certain nombre de points : parcours au sein de la consultation, fonction des différents intervenants, temps estimé de prise en charge ou tout autre renseignement utile.

Poser les bases d'un chemin clinique plus transversal, nécessite un investissement institutionnel sur la thématique de la prévention de la violence intégrant une maîtrise des risques (cf. infra) et de nombreux partenariats.

MAÎTRISER LES RISQUES DE L'ACTIVITÉ

Seules quelques pistes sont évoquées ici compte tenu de la complexité du champ concerné.

— *Définir le champ d'action interne à l'institution*

Le parcours de victimes de violence est nécessairement assuré par un certain nombre d'acteurs organisés en réseau et offrant une prise en charge globale spécifique. A cette amélioration de la prise en charge spécifique du traumatisme lié à la violence s'associe nécessairement l'amélioration de chemins cliniques intégrant des parcours de soins (santé mentale, conduites d'addiction...).

Aucun champ de prise en charge ne pourra être totalement écarté des actions à envisager compte tenu de la polyvalence des situations de violences rencontrées et ceci quelle que soit l'activité de l'établissement de santé (violences familiales, maltraitance, violences sexuelles, enfants témoins de violence, victime et/ou auteur de violence en souffrance, prise en charge des conduites addictives...).

— *Définir le rôle des professionnels de santé*

Il paraît raisonnable que l'initiative de la prise en charge en réseau s'initie à partir des consultations professionnelles disposant des files actives les plus importantes.

Compte tenu des freins au dépistage des violences identifiés dans la littérature [28], la sollicitation du tissu local doit valoriser les compétences de chaque professionnel.

En ce sens, il s'agira de ne pas cantonner le médecin dans son rôle de certificateur (fixer l'incapacité totale de travail au sens pénal du terme relative aux conséquences fonctionnelles des lésions) mais définir un véritable rôle « pivot » de la prise en charge pour ce dernier. Un partenariat du Réseau PREVIOS avec le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Midi-Pyrénées permet actuellement d'explorer cette fonction en interrogeant les médecins de la région.

Par la formation, il s'agit pour le médecin d'acquérir des notions sur le dépistage et les messages clés à donner aux victimes. Savoir considérer le moment de parcours où se situe la victime peut s'avérer essentiel.

La maîtrise du risque vise à ce niveau à ne pas rester seul pour réaliser l'évaluation de la situation.

— *Connaître et manier la procédure de signalement des maltraitances sur personnes vulnérables*

Les rapports récents mettent l'accent sur la nécessité de mettre en place de manière systématique de protocoles clairs précisant les conduites à tenir lors d'une confrontation à une situation de maltraitance notamment des personnes vulnérables. Ces protocoles visent notamment à agir de façon appropriée en cas de crise.

En s'inspirant de systèmes de gestion des risques dans les établissements de santé, il devrait être développé une fonction de prévention (repérage des risques de maltraitance par les professionnels eux même) et d'opérationnalité (permettre un recours plus systématique aux institutions en charge de ces personnes pour évaluation de la situation et éventuelle prise en charge).

Au-delà du secteur social et médico-social, ces protocoles devraient plus souvent être évoqués dans le domaine sanitaire et compléter les aspects de formation initiés.

Sous l'angle de la certification, plusieurs références contribuent à la prévention de la maltraitance :

- ✓ 24.b « *Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité* » ;
- ✓ 35.a « *La prise en charge pluri professionnelle du patient associe les professionnels des secteurs d'activité clinique et ceux de la rééducation et du soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives* » ;
- ✓ 38.a « *La volonté du patient est prise en compte* » ;
- ✓ 38.b « *La prise en charge des besoins spécifiques du patient en fin de vie et de son entourage est assurée* » ;
- ✓ 38.c « *Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte* » ;
- ✓ 39.b « *Un accueil et un accompagnement de l'entourage sont assurés* ».

Les références 38 et 39 ne devraient pas être limitées aux activités de soins palliatifs et aux situations de décès de patients (cf. infra risques psychosociaux).

— *Ne pas se limiter au dépistage et à la prise en charge des violences physiques*

Le niveau de dépistage doit intégrer le dépistage des violences psychiques (précédant le plus souvent les violences physiques notamment dans les violences de couple) et des violences sexuelles.

Le retentissement psychologique des violences devrait être connu de l'ensemble des médecins (stress aigu, syndrome de stress post traumatique, syndrome dépressif, troubles anxieux, perte de l'estime de soi...).

Ces violences lorsqu'elles sont alléguées devraient faire l'objet d'une évaluation spécialisée compte tenu de la difficulté de les objectiver.

— *Ne pas méconnaître les principes fondamentaux éthiques de la prise en charge des victimes*

Les principes éthiques qui motivent la prise en charge des victimes sont le principe d'autonomie et de responsabilité [29].

La personne victime de violence, au centre de la prise en charge, est informée des modalités de prises en charge. Ceci, y compris lorsque le signalement de sa situation à des tiers est envisagée. Dans ce dernier cas, une réflexion sur le caractère vulnérable des personnes doit être réalisée préalablement à la mise en œuvre du chemin clinique.

— *Associer la prise en charge du risques psychosociaux des professionnels de l'institution*

S'il convient de ne pas perdre de vue que le parcours optimal d'une victime est, avant tout, celui réfléchi pour la victime de violence sans présumer de sa qualité (patient et/ou salarié), le parcours des victimes ne devra pas ignorer un parcours plus spécifique : celui du professionnel de l'institution victime de risques psychosociaux au travail (dont la violence).

En effet, les professionnels des Consultations de Prévention de la Violence ont pu constater que le recours à leur consultation est principalement sollicité par des institutions (sanitaires et autres) pour leurs propres salariés. Notons à ce propos, que le risque psychosocial « *violence et harcèlement* » est identifié au niveau Européen comme l'un des principaux risques professionnels émergents [30].

Or, dans la version 2 du manuel de certification des établissements de santé, la souffrance au travail

n'est évoquée que dans le cas du décès du patient (référence 39c.) ou des soins palliatifs (référence 38c.). Ceci est loin de prendre en compte la difficulté d'exercice des équipes soignantes confrontées à une augmentation de la charge de travail dans de nombreux services de soins (diminution des durées de séjour, accroissement de la grande dépendance, aidants en grande difficulté...).

Cette demande de prise en charge s'exprime sitôt les incidents survenus. Disposant rarement d'équipes mobilisables dans l'urgence sur site, les établissements de santé devront mettre en place une réponse forcément limitée (fonction des ressources locales disponibles) à laquelle un « suivi institutionnel » de chaque situation devra être associé secondairement. Ainsi les événements indésirables secondaires maintenant bien connus (collectif « perturbé », risque médiatique...) pourront être limités.

La réalisation de ce chemin clinique doit être initiée par l'institution. Cette dernière doit pour cela organiser des liens fonctionnels entre de nombreux acteurs (consultations spécialisées, médecine du travail, direction des ressources humaines, CHSCT, Comité de gestion des risques, partenaires extérieurs...) [22]. Certains établissements hospitaliers proposent d'ors et déjà des consultations de souffrance au travail ou l'intervention de tiers extérieurs spécialisés.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

S'il est difficile de préciser le fardeau, sur les prises en charges hospitalières, que représentent tous les types de violence, les éléments dont nous disposons, montrent 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.

Compte tenu de l'état des lieux régional réalisé par le réseau PREVIOS et de l'expérience débutante des Consultations de Prévention de la violence, le développement d'actions en réseau s'effectue sur les priorités suivantes :

- ✓ Partager avec les professionnels (tous milieux professionnels confondus) une connaissance sur le « dépistage, l'information et l'orienta-

tion des victimes de violence » (développement d'une offre de formation) et par la formalisation de partenariats avec les associations professionnelles (accompagner le dépistage précoce des situations de violence par des actions de Formations Médicales Continues ou d'Évaluation des Pratiques Professionnelles),

- ✓ Favoriser les échanges entre les différents acteurs de prise en charge des victimes et auteurs de violence et solliciter les institutions pour la création d'un observatoire « violence et santé » permettant d'améliorer nos connaissances sur ce thème.

Ainsi, c'est principalement sur le partage des connaissances que l'amélioration de la prise en charge des patients victimes de violence peut s'initier.

Au sein de nos institutions hospitalières, cette prise en charge doit être lisible. Le parcours des victimes ne doit pas méconnaître la nécessité :

- ✓ de l'instauration d'un dépistage de la violence (sans omettre la violence psychologique et la violence exercée sur les personnes vulnérables),
- ✓ de la coordination pour l'évaluation des situations de violence et la prise en charge des personnes (partenariats),
- ✓ de la mise en œuvre d'une gestion des risques des situations de violence a priori (prévention des risques psychosociaux dans l'établissement de santé, prévention de la maltraitance...) et a posteriori (revue de cas cliniques, gestion systématique des situations de violence vécues par les professionnels...).

REMERCIEMENTS : aux Docteurs P. BARBAZANGES et P. JAUFFRES, médecins responsables de la Consultation de Prévention de la Violence de Montauban et à leur équipe pour avoir accepté la reproduction du chemin clinique de leur consultation. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] MARISSAL, CHEVALLEY – *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, Nov. 2006, 111 p.

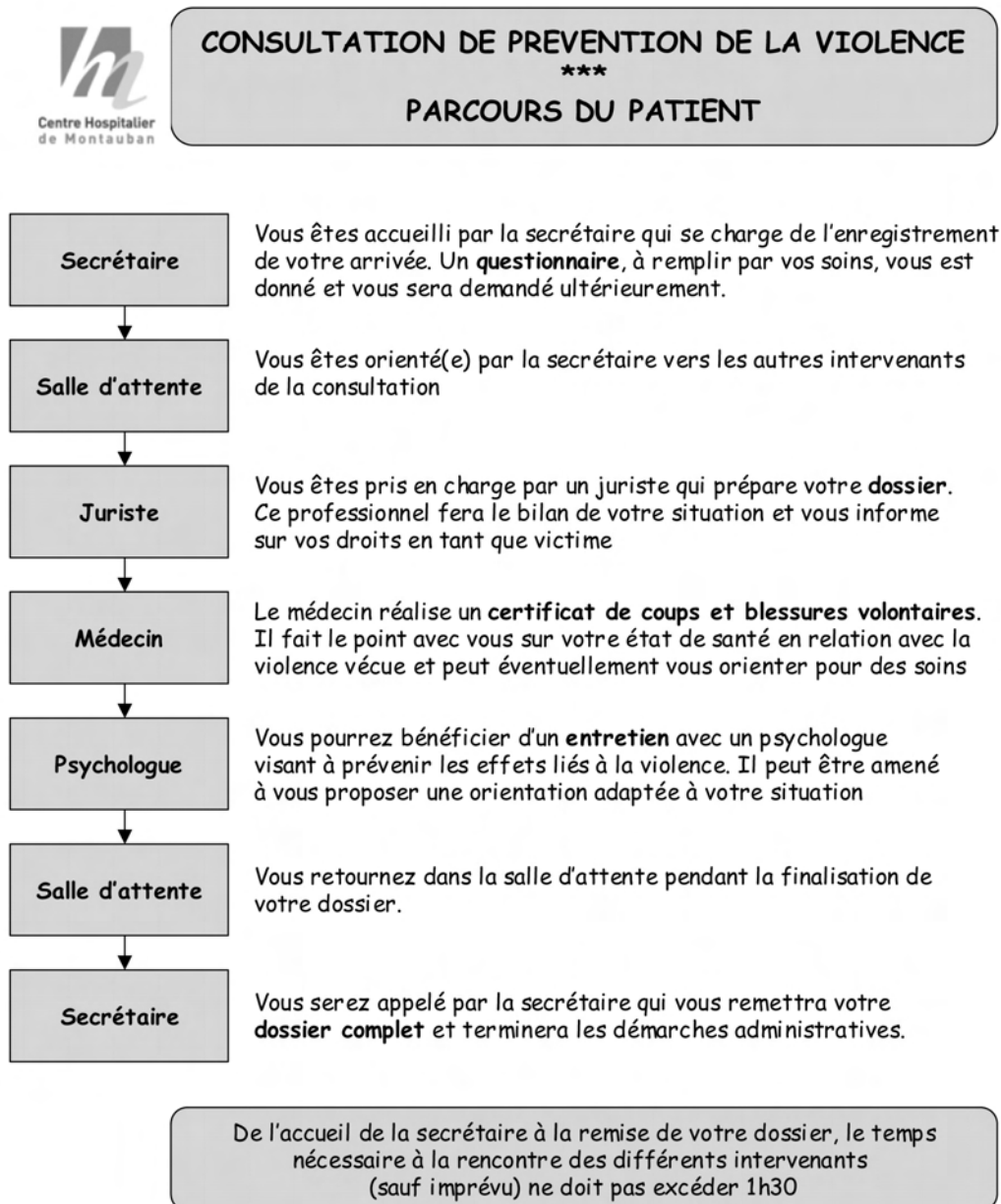
- [2] *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*. Rapport HENRION R., Février 2001, 64 p.
- [3] *Violence et Santé*. Rapport TURSZ A., mai 2005, 124 p. (Synthèse des rapports BAUDIER, LEBAS, BRIxi, JOËL, LOVELL, DEJOURS).
- [4] *Violence et santé*. Rapport du Haut Comité de Santé Publique. Collection avis et rapports, Rennes Editions ENSP, janvier 2005, 160 p.
- [5] THOMAS A., BAZEX A., TRAPE F., OUSTRAIN M., ROUGÉ D. – 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, 50, 1-2, 5-13.
- [6] Référence 17 (La sécurité des biens et des personnes) et 21.c (La prévention de la maltraitance du patient au sein de l'établissement est organisée).
- [7] «Je souhaiterais attirer votre attention sur un fait particulier. Nous entendons parfois parler de cas de maltraitance dans les établissements pour handicapés .../... ou dans les maisons de retraite.../... En revanche, nous n'avons jamais connaissance de faits de maltraitance survenus dans les services intra-hospitaliers, alors que ceux-ci hébergent les mêmes catégories de personnes.../... Pour avoir fréquenté ces structures durant plus de trente ans, je peux pourtant vous certifier que ces faits de maltraitance sont très nombreux.../... Nous avons l'impression d'être totalement désarmés face à cela». Robert HUGONOT. In *Rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux et les moyens de la prévenir* n° 339, session ordinaire 2002-2003, 459 p.
- [8] *Maltraitance : dépistage conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles)*. Conférence de Consensus, Société Francophone de Médecine d'Urgence, Nantes 3 décembre 2004, 23 p.
- [9] *Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir*. 7^e Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 6 et 7 novembre 2003 Edition FFP, 440 p.
- [10] *La lutte contre les violences au sein du couple. Guide de l'action publique*. Direction des affaires criminelles et des grâces, Sept. 2004, 168 p.
- [11] *Mission Interministérielle en vue d'une réforme de la médecine légale*. Ministère de la Santé et des Solidarités & Ministère de la justice, janv. 2006, 109 p.
- [12] THURIN J.-M., BAUMANN N. *et al.* – *Stress, pathologies et immunité*. Editions Flammarion Médecine, 288 pages.
- [13] *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), Recommandations professionnelles*, HAS mai 2006, 51 p.
- [14] *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. Recommandations HAS, mai 2007, 42 p.
- [15] Screening tools: domestic violence American College of Obstetricians & Gynecologists (AGOC). Washington (D.C.) 2004. *Int J Gynaecol Obstet* 1997, 58, 43-50.
- [16] Intimate Partner Violence Consensus Statement, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), *Clinical Practice Guidelines* n° 157, April 2005, 24 p.
- [17] L'exploitation sexuelle des adolescents souffrant de maladies chroniques Comité de la médecine de l'adolescence, Société canadienne de pédiatrie (SCP). *Paediatrics & Child Health* 1997, 2, 3, 215-7.
- [18] Une méthode d'amélioration de la qualité Chemin clinique, HAS Version 1 – mars 2005 (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chemin_clinique2_synth.pdf)
- [19] Exemple de la circulaire n° 2002/97 du 14 février 2002 relative «aux suites de la campagne de prévention des maltraitances et des violences sexuelles sur mineurs et à la prise en charge des mineurs victimes» qui prévoit «l'élaboration d'un protocole, en concertation avec les services de l'Etat concernés, le procureur de la République et les magistrats de la jeunesse, pour organiser l'accueil des mineurs victimes d'agression sexuelle et de maltraitance au sein d'un service de l'hôpital». Il est suggéré d'«associer à ce dispositif le président du Conseil Général».
- [20] BAZEX H., THOMAS A. *et al.* – L'évolution du droit des victimes répond-elle à leurs attentes ? *Journal de médecine légale et de droit médical* (soumission).
- [21] 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.
- [22] THOMAS A., LE DOREE M., PRINCE-KOULIKOFF S., MANDIL A. – La violence professionnelle en milieu hospitalier. *Journal de Médecine Légale et de Droit Médical*, 2007, 50, 1-2, 14-23.
- [23] *Violence et santé mentale*. Rapport LOVELL, mars 2005, 80 p.
- [24] BERNIER *et al.* – *Intervenir en violence conjugale : la démarche d'une équipe interdisciplinaire en périnatalité*, n° 33 CRIVIFF, Collection Etudes et analyses, sept. 2005, 115 p.
- [25] *Violence et Enfants, adolescents et jeunes*. Rapport BAUDIER, Mars 2005, 85 p.
- [26] HALPERIN D. *et al.* – Violence et santé : profil sanitaire d'une population confrontée à la violence. *Journal International de Victimologie* Octobre 2002, Année 1, Numéro 1.
- [27] BAZEX H., THOMAS A., LIGNON S. – La création d'un réseau pluridisciplinaire de prévention de la violence - Retour d'expérience sur la pratique du psychologue auprès des victimes de violences conjugales (soumission en cours).
- [28] ERICKSON M.J., HILL T.D., SIEGEL R.M. – Barriers to domestic violence screening in the pediatric setting. *Pediatrics*, 2001, 108, 1, 98-102.

[29] BAZEX H., THOMAS A., RIAL-SEBBAG E., ROUGE D., DUGUET A.-M. – Violence conjugale et santé : vers une prise en charge éthique dans le cadre du réseau PRE-VIOS. Journées de la SFFEM, Paris, 5 et 6 octobre 2006.

[30] *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health European Risk Observatory*. Report European Agency for Safety and Health at Work, 2007, 126 p.

ANNEXE

Chemin clinique de la Consultation de prévention de la violence – Centre Hospitalier de Montauban (Tarn et Garonne).



La présence des accompagnants n'est pas souhaitée lors des entretiens sauf pour les personnes non autonomes