

RÔLE AUX URGENCES DU MÉDECIN RÉFÉRENT DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

*THE ROLE OF VIOLENCE AGAINST WOMEN (VAW)
MEDICAL ADVISER IN AN EMERGENCY SERVICE*

Dr Frédérique BROISIN-DOUTAZ* & Dr Bernard MARC**

RÉSUMÉ

Les violences subies par les femmes sont progressivement reconnues comme l'un des déterminants majeurs influant sur leur santé et celle de leurs enfants. Face à ce constat ont été mis en place, dans les services d'urgences, des médecins, formés, référents, sur les violences faites aux femmes.

En moyenne, chaque année, on estime que 225 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences conjugales. Les urgences ont une place privilégiée pour la prise en charge de ces femmes et de leurs enfants, carrefour des premiers effets de la violence, avec 19 millions de passages environ par an.

Les conséquences sur la santé de ces femmes, en dehors de celles traumatologiques au moment des coups les font consulter aux urgences pour des pathologies médicales, gynéco-obstétricales, psychiatriques,

des déséquilibres de pathologies chroniques et consulter également pour leurs enfants.

L'urgentiste se retrouve donc en première ligne dans l'accueil et la prise en charge de ce type de patiente. Il est indispensable qu'il soit sensibilisé et formé.

Des signaux d'alertes doivent éclairer l'urgentiste comme le nombre de passages aux urgences, le comportement de la victime, les attitudes du conjoint, des enfants.

La deuxième étape est le questionnement systématique, au même titre que les autres antécédents de façon simple et explicite.

La mission du médecin référent urgences violences faites aux femmes est donc complexe ; il doit à la fois connaître les mécanismes et les conséquences des violences, savoir les dépister les appréhender savoir s'entourer de professionnels compétents et créer un réseau d'aval.

Le médecin référent devra agir en étroite collaboration, dans son établissement, avec le médecin référent des violences faites aux enfants qui devra être nommé avant décembre 2017 dans le cadre du plan national de lutte contre les violences faites aux enfants en France.

MOTS-CLÉS

Violences faites aux femmes (VFF), Services des urgences, Repérage/détection, Prise en charge.

* Participante au groupe d'expert.e.s pour la conception des fiches pratiques à destination des professionnel.le.s urgentistes MIPROF dans le cadre de la Circulaire DGOS R2/MIPROF/2015/345 « Outils référent.e.s urgentes » PH URGENCES/Hopital Robert Ballanger/Référente violences faites aux femmes
93602 Aulnay sous Bois
frédérique.broisin-doutaz@ch-aulnay.fr

** Chef de service UMJ, Référent violences faites aux femmes, Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF), Site de Marne-la-Vallée, 2-4, cours de la Gondoire 77600 Jossigny, France
bmarc@ch-marnelavallee.fr

ABSTRACT

Acts of violence against women are gradually recognized as one of the most important determinants influencing their health and their children's health. Based on this observation, trained doctors, with the function of a violence against women (VAW) resource adviser, have been introduced in emergency services.

An average of 225 000 women aged 18 to 75 are estimated to be the victims of domestic violence each year. Emergency services have a central role to play in caring for these women and their children as they are at the crossroads of the first effects of violence, with around 19 million people admitted each year.

Leaving aside the direct traumatic consequences of the blows they undergo, what leads these women (or their children) to be seen in an emergency unit is the impact on their health – psychiatric, obstetric and gynaecological disorders or instability in chronic diseases –.

Emergency doctors are thus on the front line when it comes to admit and care for this kind of patients. It is therefore essential that they should be made sensitive to this phenomenon and given adequate training.

Some warning signs must alert emergency doctors, such as the number of admissions in the service, the way the victim, her partner or the children behave.

The second stage is systematic interviewing, as it is done for other aspects of a patient's medical history-in a simple and explicit manner.

So the mission of the VAW emergency medical adviser appears to be complex: he must be familiar with both the mechanisms and the consequences related to violence, be able to detect them, tackle with them, manage to get surrounded and assisted by other experts and create a downstream network.

In their hospitals, VAW medical advisers will have to work in close collaboration with the medical advisers in charge of violence against children, who are supposed to be appointed before the end of 2017 in the framework of the French National plan on Struggle against Violence against Children.

KEYWORDS

VAW (Violence Against Women), Emergency service, Screening/detection, Support.

INTRODUCTION

Grace au travail de l'organisation mondiale de la santé (OMS) [1] et à l'implication grandissante des professionnel-le-s concerné-e-s, les violences subies par les femmes sont progressivement reconnues comme l'un

des déterminants majeurs influant sur leur santé et celle de leurs enfants. Face à ce constat une prise en charge adaptée s'impose et se traduit par la mise en œuvre de politiques publiques dédiées dont celle relative à la mise en place, dans les services d'urgences, de référents sur les violences faites aux femmes (plan violences 2014/2016) depuis le 25/11/2015, date de la circulaire n°DGOS/R2/MIPROF/2015/345. [2] Ce référent « violences faites aux femmes » est désigné parmi les médecins du service des urgences ou du SMUR dans chaque établissement autorisé en médecine d'urgence. Ce dernier a pour mission, entre autres, de sensibiliser le personnel des services hospitaliers sur la question des femmes victimes de violences et d'identifier les partenaires utiles.

BILAN DES VIOLENCES VUES AUX URGENCES

En 2016, 225 000 femmes âgées de 18 à 75 ans ont été victimes de violences conjugales dans ses formes les plus graves et moins d'une sur cinq a porté plainte. On évalue à 93 000 femmes âgées de 18 à 75 ans les victimes de viol ou de tentatives de viol, ces dernières connaissaient dans 9 cas sur 10 leur agresseur et pourtant moins d'une sur dix seulement a porté plainte. [3] En 2015, selon les estimations, 143 000 enfants vivaient dans un foyer où une femme déclarait y être victime de violences et 42 % avaient moins de 6 ans. [3]

Les urgences ont une place privilégiée pour la prise en charge de ces femmes et de leurs enfants. Carrefour des premiers effets de la violence, avec 19 millions de passage environ par an sur toute la France [4], un accueil 24h/24, elles préservent une certaine forme d'anonymat et permettent la prise en charge des victimes, leur orientation, voire même un dépistage systématique par un questionnement simple.

Les conséquences sur la santé de ces femmes, en dehors des conséquences traumatiques directes au moment des coups (1 décès tous les 3 jours [5]) les font consulter aux urgences pour des pathologies médicales, psychiatriques (tentatives de suicide, conduites addictives, consommation de psychotropes, dépression) des pathologies gynéco-obstétricales (grossesse = facteur déclenchant) des déséquilibres de pathologies chroniques et consulter également pour leurs enfants qui sont impactés de la même manière qu'ils reçoivent ou non des coups.

FORMATION ET ACTION DES MÉDECINS RÉFÉRENTS VFF AUX URGENCES

L'urgentiste se retrouve donc en première ligne dans l'accueil et la prise en charge de ce type de patiente. Il est indispensable qu'il soit sensibilisé et formé. En dehors



Photo 1 : Véhicules de secours aux urgences.



Photo 2 : Urgences la nuit.

des situations de violences avérées ou déclarées, la façon la plus simple de repérer ces violences est le dépistage par le questionnement systématique, questionnement bien accepté d'après différentes études scientifiques, et qui permet une prise en charge médicale adaptée.

Depuis la parution de la circulaire en novembre 2015, 690 médecins référents ont été nommés dans des services d'urgence, trois sessions de formation ont déjà eu lieu sous l'impulsion de la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) qui ont permis d'instruire 370 d'entre eux. [6] Un rappel est prévu pour les établissements non dotés, une journée « bilan » sera proposée également à ceux qui ont eu leur kit afin d'évaluer leurs pratiques, les éventuelles difficultés rencontrées et favoriser les échanges au niveau régional et national.

La formation du médecin référent « Violences faites aux femmes » a lieu au ministère de la santé sur une journée complète avec remise d'un kit sous forme de documents papiers et vidéos sur clé USB. Ce kit per-

met que tous les médecins référents aient un socle commun de formation et qu'ils puissent s'en servir pour sensibiliser et former l'ensemble de leurs équipes dédiées. L'accueil de la patiente victime de violences a été décliné en treize étapes qui sont présentées par des professionnel·les de santé et par les intervenants du groupe d'experts qui ont pour mission d'expliquer les fiches réflexes établies et de présenter les expériences des établissements dans lesquels des choses ont été mises en place.

Il faut savoir que tous ces documents sont accessibles sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr

La première étape consiste à faire un constat et à colliger les signes et facteurs de risques. Il n'y a pas de profil type de femmes victimes de violences ni de symptomatologie typique puisque tous les retentissements sur la santé sont possibles (physique/santé psychique et comportements/santé sexuelle et reproductivité). Des signaux d'alertes doivent éclairer l'urgentiste comme le nombre de passages aux urgences, le comportement de la victime, les attitudes du conjoint, des enfants, ce dernier doit également faire le lien entre la symptomatologie passée et présente et se méfier des symptômes « écrans ».

La deuxième étape est le questionnement systématique, au même titre que les autres antécédents de façon simple et explicite, de la manière qui lui correspond le mieux pour être à l'aise. Toutes les recherches sur le sujet montrent que les femmes acceptent largement ce questionnement. Il est bien sûr important de préserver une confidentialité parfois, c'est vrai, difficile aux urgences où le temps imparti fait défaut et où le médecin est fréquemment dérangé.

De nombreuses femmes viennent accompagnées de leurs enfants (souvent en bas âge), il convient de leur expliquer les conséquences des violences psycholo-

giques (témoins) et ou physiques sur leurs enfants et de leur proposer une prise en charge adaptée.

Il faut évidemment adopter une écoute active et bienveillante, la croire, l'écouter, la déculpabiliser la valoriser, la soutenir, lui rappeler que la loi punit les violences, respecter ses choix et les accompagner. Il faut l'examiner de la même façon.

Le dossier médical doit retranscrire le maximum de renseignements en commençant par les données administratives de la patiente, le détail des faits, la description des lésions, les examens complémentaires et la prise en charge éventuelle d'un viol hors réquisition judiciaire.

Il est donc indispensable que l'urgentiste se soit, au préalable, mis en rapport avec les urgences médico-judiciaires de son secteur pour pouvoir y prendre des conseils, y adresser des patientes de façon plus fluide et avoir des retours éventuels.

A l'issue de l'examen, l'urgentiste doit établir un certificat médical descriptif, en 2 exemplaires dont il existe un modèle dans le kit. La détermination de l'ITT peut être difficile, elle pourra être fixée ultérieurement par un médecin légiste d'où la nécessité d'être le plus minutieux et le plus descriptif tant sur les lésions physiques que sur les conséquences psychologiques.

Ce certificat sera complété par tout traitement utile, avis spécialisé et arrêt de travail si nécessaire.

Il est bien évidemment nécessaire d'évaluer la situation pour identifier le danger, les risques encourus et hospitaliser la patiente (et ses enfants éventuellement) si nécessaire. Cette évaluation se fait sur trois grands axes, la vulnérabilité et la peur de la patiente, l'isolement et l'absence de personne ressource, l'agressivité potentielle de l'agresseur (antécédents judiciaires de violences envers les personnes ou de violences dans le couple, antécédents d'agressions sexuelles, possession d'armes, addictions, etc.).

La victime doit être informée à sa sortie et orientée vers des réseaux de partenaires professionnels et associatifs. Il faut l'inviter à appeler le 3919 [7] et à porter plainte quand elle sera prête uniquement. Parallèlement l'urgentiste doit prévenir le service social ou un partenaire intra ou extra hospitalier ce qui nécessite aussi d'avoir fait un travail de recherche de contacts en amont, il peut également proposer une consultation de suivi, le tout en lui donnant tous les documents nécessaires à ses démarches.

La mission du médecin référent urgences violences faites aux femmes est donc complexe ; il doit à la fois connaître les mécanismes et les conséquences des violences, savoir les dépister les appréhender, savoir s'entourer de professionnels compétents et créer un réseau d'aval.

Il doit se signaler dans son établissement, organiser des temps de réflexion et de sensibilisation, il doit identifier les partenaires utiles tant au sein de son éta-



Photo 3 : Vers les services.



Photo 4 : Couloirs des urgences.



Photo 5 : Surveiller les patients.

blissement qu'à l'extérieur, il doit mettre à disposition des autres professionnels de l'établissement des supports de communication.

Il est en charge des pratiques protocoles et dispositifs mis en place au sein des urgences et doit faire le point des pratiques des autres services notamment en gynéco-obstétrique et des urgences médico-judiciaires dont il dépend. Un partenariat étroit doit être établi avec ces dernières, d'une part parce que parfois elles se trouvent au sein du même établissement ce qui favorise pleinement l'échange et d'autre part parce qu'elles sont le lieu de passage obligatoire dès qu'il y a réquisition.

PERSPECTIVES POUR LES MÉDECINS RÉFÉRENTS VFF AUX URGENCES

L'urgentiste ne se substitue en aucun cas au médecin légiste, son rôle est complémentaire étant donné l'ampleur du problème. Certaines UMJ ont créé des consultations sans réquisition pour les femmes de plus de 15 ans victimes de violences ce qui paraît être une solution d'avenir dans la mesure où ces femmes s'adressent à des médecins légistes avec un temps dédié beaucoup plus adapté, une problématique connue et gérée, du personnel paramédical d'avantage sensibilisé, expériences appelées à se généraliser dans le cadre de l'Egalité homme-femme, « grande cause » du quinquennat. [8] Il est nécessaire de travailler en réseau, de se réunir, d'échanger les pratiques pour que ces femmes, où qu'elles soient, trouvent une réponse à leurs attentes et à leur désarroi. Chaque structure est complémentaire et le dépistage systématique doit se faire aux urgences dans la mesure où, lors d'un passage aux UMJ, la révélation des violences est déjà établie. « Protéger la mère c'est protéger l'enfant » [9], il va de soi que le médecin référent « Violences faites aux femmes » aux urgences devra agir en étroite collaboration, dans son établissement, avec le médecin référent des violences faites aux enfants qui devra être nommé avant décembre 2017 dans le cadre du plan national de lutte contre les violences faites aux enfants. [10] ■

RÉFÉRENCES

- [1] Organisation mondiale de la santé La violence à l'encontre des femmes. Violence d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/> Consulté le 25 novembre 2017.
- [2] Circulaire DGOS/R2/MIPROF n° 2015-345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgence, de référents sur les violences faites aux femmes NOR : *AFSH1528453C*. http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-12/ste_201500_12_0000_0080.pdf Consulté le 6 juin 2017.
- [3] Enquêtes « Cadre de vie et sécurité » - INSEE-ONDRP-SSMSI-2012/2017. <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Les-chiffres-de-reférence-sur-les.html> Consulté le 25 novembre 2017.
- [4] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Les établissements de santé, édition 2016*. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2016> Consulté le 25 novembre 2017.
- [5] Ministère de l'intérieur / DGPN, DGGN, DaV. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2016.
- [6] Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. *Formation des référent.e.s. « violences faites aux femmes » des services d'urgence. Dossier de presse*. <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/06/Dossier-de-presse-Formation-des-referents-violences.pdf> Consulté le 25 novembre 2017.
- [7] 3919 : « Violences femmes info » numéro d'écoute national destiné aux femmes victimes de violences, à leur entourage et aux professionnels concernés. Appel anonyme et gratuit 7 jours sur 7 depuis le 01/01/ 2014.
- [8] Le Parisien. Violences faites aux femmes : les mesures annoncées par Macron. <http://www.leparisien.fr/societe/violences-faites-aux-femmes-les-mesures-annoncées-par-macron-25-11-2017-7414530.php> Consulté le 25 novembre 2017.
- [9] Durand E. *Violences conjugales et parentalité*. Editions l'Harmattan, Paris, 2013.
- [10] République Française. Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faits aux enfants 2017-2019. http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES_ENFANTS_2017-2019.pdf Consulté le 25 novembre 2017.



Photo 6 : Salle de déchocage.

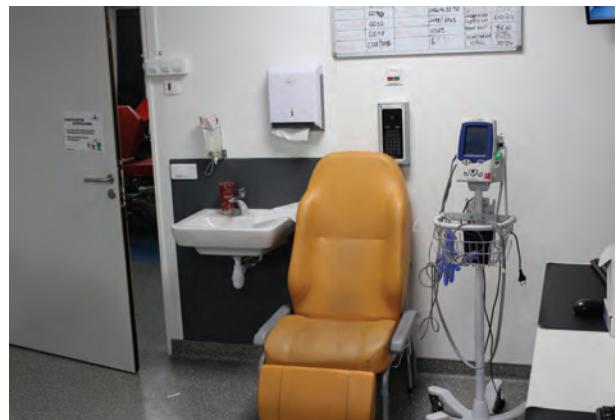


Photo 7 : Orientation et Accueil.

<http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/09/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-annee-2016.pdf>
Consulté le 25 novembre 2017.