



Programme DAPHNE – Année 2004

Projet Nr. : JAI/DAP/04-2/001/WY

**« Etude de l'extension du recueil européen ISS sur les accidents
aux violences envers les adolescents et les femmes »**

**Proposition pour un « module Violence » remanié
du codage IDB-AI (V2.0)**

Référence du projet :

Date de début : 12/04/2005

Date de fin : 11/04/2006

Nom de l'organisme de coordination : Société Civile Psytel

Ce document a été rédigé sous la responsabilité de :

Marc Nectoux – Société Civile Psytel / FR
36, rue Irénée Blanc – F-75020 Paris (France)
Tél. : +33 1 40 46 17 79 Fax : +33 1 40 46 17 79
E-mail : marc.nectoux@univ-paris5.fr

Organisation partenariale :

Institut Sicher Leben (Kuratorium für Schutz und Sicherheit) - ISL / AT - Mathilde Sector - Songelge

Experts :

Expert externe : Karin Helweg-Larsen - National Institute of Public Health - NIPH / DK
Expert évaluation interne : Maïté Albagly - Mouvement Français du Planning Familial - MFPP / FR

Un CD-ROM contenant l'ensemble des documents peut être fourni avec ce rapport

Le projet n° JAI/DAP/2004-2/001/WY « Etude de l'extension du recueil européen ISS sur les accidents aux violences envers les adolescents et les femmes » prend place dans le Programme DAPHNE II – Année 2004, programme européen visant à combattre la violence envers les enfants, les adolescents et les femmes.

Ce projet est soutenu financièrement par la Commission des Communautés européennes - Direction Générale Justice et Affaires intérieures - Programme DAPHNE II. Le contenu de ce document n'engage en aucune manière cette institution. Il vient en complément du rapport final disponible sur le CD-ROM.

**« Etude de l'extension du recueil européen ISS sur les accidents
aux violences envers les adolescents et les femmes »**

**Proposition pour un « module Violence » remanié
du codage IDB-AI (V2.0)**

1. Contexte

Les résultats concrets de notre projet sont de deux types :

- un rapport final, en continuation de notre rapport intermédiaire déjà publié, explicitant dans le détail notre méthodologie, nos travaux et nos recommandations, notamment l'exposé de scénarios alternatifs pour un recueil de données médicales sur les violences ;
- une proposition d'un « module Violence » remanié pour une nouvelle version du codage IDB (version V2.0), comme évolution et amélioration du « module Violence » de la version actuelle du codage IDB (V1.1 – juin 2005).

Le présent document constitue une proposition méthodologique synthétique pour un nouveau « module Violence » IDB V2.0 et une courte description des conséquences de l'introduction d'un recueil de ce type pour l'ensemble de l'équipe hospitalière.

2. Le nouveau « module Violence » V2.0 du codage IDB-AI

Le nouveau « module Violence » V2.0 du codage IDB-AI se compose de l'énoncé :

- **d'un principe de base**
- **des conditions méthodologiques spécifiques indispensables à un recueil sur les violences**
- **d'un engagement éthique**
- **des propositions de variables complémentaires au « module Violence » IDB-AI V1.1**
- **de la description, en conclusions, des conséquences de l'introduction d'un tel recueil pour l'ensemble de l'équipe hospitalière**

2.1. Principe de base :

- Le « module Violence » du recueil hospitalier IDB-AI (version 1.1) permet un recueil de données de base, systématiques et intéressantes, sur l'ensemble des violences, comme composante des traumatismes intentionnelles. Cependant, il existe des difficultés spécifiques dans le recueil d'information sur les circonstances et le contexte de l'épisode violent.

- Plus encore, l'extension du recueil IDB aux violences ne peut se concevoir comme une simple extension administrative et technique du recueil d'information sur les traumatismes non intentionnels (accidents de la vie courante et accidents de la circulation). Elle implique un changement de nature dans le travail de l'équipe de collecte, notamment un engagement éthique fort et une adaptation de la méthodologie de recueil à ce nouveau domaine. Des conditions méthodologiques nouvelles et spécifiques sont indispensables pour son bon déroulement.

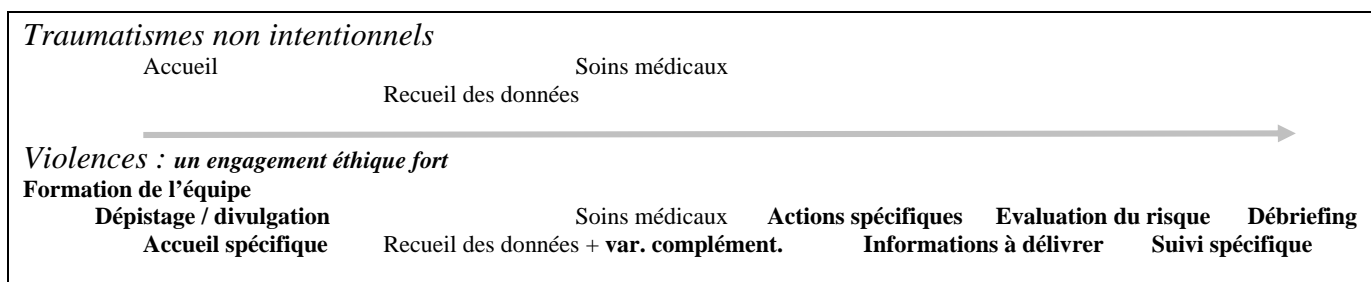
- Certaines objections à la collecte systématique de données sur l'ensemble des violences dans les services d'urgence hospitaliers ont été formulées dans un précédent projet pour la Commission européenne (IPP/2000/1062 - contrat 2000CVG3-321) et ces conclusions ont été intégrées dans les présentes recommandations.

2.2. Conditions méthodologiques spécifiques indispensables :

- Dans ce court chapitre, nous voudrions reprendre et résumer les points indispensables pour mener, dans des conditions acceptables, un recueil de données sur les violences, dans le cadre du recueil IDB actuel. Ces points sont développés plus complètement dans le rapport final de l'étude.

- Le schéma suivant met en évidence les principales différences dans les étapes du recueil de données suivant le type de traumatisme (les points spécifiques pour les violences sont en caractères gras) et montre les étapes spécifiques à mettre en place pour un recueil de données sur les violences :

Comparaison des différentes étapes du recueil de données suivant le type de traumatisme



Reprenons point par point les principales différences :

2.2.1. Formation de l'équipe : La formation du personnel de collecte à la problématique des violences nous semble une étape indispensable et préalable à un recueil hospitalier de qualité sur les violences. Il nous semble indispensable que le personnel recevant des victimes de violence soit apte à dépister, interroger, recueillir les informations des victimes et à leur apporter une écoute, des informations et un soutien réel, en cas de besoin, dans le respect de la confidentialité et de leur sécurité. En l'absence de cette formation, ce recueil de données peut se révéler néfaste quant à ses résultats (sous-estimation systématique et préjudiciable de la prévalence des violences) et même

dangereux, aussi bien pour les victimes que pour l'équipe de collecte. Nous fournissons dans le corps du rapport une liste des principaux points que cette formation devrait aborder.

- Il est évident que le développement d'une compétence adéquate parmi les personnels médicaux quant à la réception, à l'aide et au traitement des victimes de violence dépend beaucoup de leurs connaissances sur les questions de violences et de leurs conséquences. De même, on ne pourra susciter une participation active de ces équipes, que si sont bien identifiés dans une approche multidisciplinaire les structures d'aide, les recours sociaux et judiciaires possibles, etc.

2.2.2. Dépistage / divulgation des violences : Le branchement sur le « module Violence » du codage IDB dépend du jugement d'une personne décidant que le traumatisme est intentionnel et causé par un tiers. L'expérience des collectes précédentes en milieu hospitalier montre que le caractère intentionnel d'un traumatisme ne se révèle que rarement au début du contact.

- Très souvent les violences, comme les violences conjugales, sont masquées et non spontanément évoquées comme causes de traumatismes par les victimes elles-mêmes. Le dépistage des violences n'est pas ici le résultat d'une analyse scientifique « objective » (ex : à partir du bilan d'une analyse bactériologique), il consiste à proposer à la victime des conditions favorables pour l'accomplissement d'un acte volontaire de sa part : **la divulgation**.

- Il importe donc que le personnel soit alerté et formé au dépistage / divulgation de ces violences. Certains comportements, symptômes et contextes de consultation peuvent interpeller et amener à questionner les patient(e)s. Nous reprenons en partie, dans le corps de notre rapport, le contenu du site SIVIC, (issu d'un projet DAPHNE précédent) fournissant des outils de dépistage des violences par le personnel médical. Il ne s'agit de poser un diagnostic certain (en oui/non), mais de savoir évoquer des hypothèses, en offrant à la victime potentielle une occasion et un contexte favorable à la divulgation et à la prise en charge de cette divulgation.

➔ On voit qu'en définitive la réponse à la question sur l'intentionnalité du traumatisme dans le codage IDB-AI V1.1 (Intent = 3 - Assault or 4 - Other violence – réponses branchant sur le « module Violence ») est le résultat du processus complexe de dépistage et de divulgation, non pas en amont du contact, mais le plus souvent au cours du contact.

2.2.3. Conditions d'accueil spécifique : Il nous a semblé qu'il y avait au moins deux conditions d'accueil spécifiques indispensables au recueil d'information sur les violences : un personnel sensibilisé et formé, la mise à disposition d'une pièce isolée permettant un échange libre et sécurisé entre la victime, pouvant être seule, et le personnel de collecte. Plus généralement, nous énonçons dans l'engagement éthique que : « les ressources matérielles et humaines doivent être suffisantes et adaptées aux besoins générés par ce type de recueil. Il faut s'assurer de l'adéquation besoins/moyens sur le site avant de mettre en place un recueil d'information sur les violences ».

2.2.4. Recueil de données spécifiques : Nous abordons ici la question des variables complémentaires par rapport à la version de codage IDB V1.1 et de leur formulation :

- Dans le rapport final, nous proposons une liste assez complète de variables qui nous semble intéressantes de recueillir, incluant par exemple des variables socio-démographiques qui ne sont pas dans le codage IDB-AI actuel (niveau d'étude, situation professionnelle, etc.). Nous distinguons deux niveaux de collecte :

- une collecte de données fondée sur un nombre limité de services d'urgence choisis et motives et qui peut inclure une information complète sur les violences ;

- une collecte de données systématiques minimum, de type IDB, incluant tous les contacts des services d'urgence.

- Depuis 1995 au Danemark, tous les contacts hospitaliers sont enregistrés dans le Registre National Patient en utilisant un système codages qui est l'équivalent du codage IDB, en excluant cependant les données sur les auteurs des violences. Dans ce projet nous prenons en compte les expériences de la collecte complète de données médicales et du registre danois.

- Concernant la collecte de données médicales minimale en service d'urgence, nous proposons, dans le point suivant, que deux variables complémentaires essentielles, soient ajoutées aux quatre variables existantes dans le codage IDB-AI V1.1, comme corps du module V2.0. Nous sommes conscients des difficultés qu'un ajout de variables à collecter en routine constitue. Mais, ces deux variables nous paraissent indispensables pour une meilleure prévention des violences. *Cependant, elles ne constituent pas, de notre point de vue, l'élément central des transformations nécessaires du fonctionnement du codage IDB actuel.* La prise en compte du principe de base énoncé en 2.1 et de l'indispensable formation du personnel nous semble des points encore plus essentiels. Nous avons souligné maintes fois la difficulté d'un recueil d'information sur les violences si des mesures spécifiques notamment sur la formation du personnel et les conditions d'accueil des victimes, ne sont pas mises en place.

- Dans le cas d'un recueil plus complet dans certains hôpitaux, les plus motivés, nous préconisons, dans notre rapport final, l'introduction de plusieurs autres variables pour compléter l'information utile sur les traumatismes par violences conjugales.

- Par ailleurs, plusieurs études montrent que la manière dont sont formulées les questions relatives aux violences est d'une extrême importance. Le dispositif de recueil et la façon dont les questions sont amenées influencent grandement les résultats d'un recueil et en tout premier lieu la prévalence constatée. Ce point est aussi développé dans le rapport final. Signalons juste qu'il est maintenant connu que pour aborder ces questions une interrogatoire directe et trop large (du type : « Etes-vous victime de violences conjugales ? ») n'est pas la bonne voie. Les questions doivent éviter d'employer des termes trop explicites et chargés affectivement comme « viol », « violence », « femme battue », etc. Depuis les années 1990 plusieurs associations à vocation médicale ont publié des guides, des questionnaires pour les patients victimes de violences.

- Il est préférable d'employer d'abord un questionnement indirect (du type : « Qu'arrive-t-il quand vous ou votre partenaire êtes en colère ? ») et d'énoncer une série de faits (« Avez-vous été giflée, frappée ? », etc.) plutôt que de poser des questions directes. Cependant le questionnement direct sur la violence peut faire partie d'un questionnaire de santé publique dans la mesure où ce type de questions ne doit pas être considéré comme tabou, personnel et secret. C'est l'un des objectifs de ces dernières années que de pouvoir aborder ouvertement la question des violences conjugales, y compris dans les services hospitaliers.

2.2.5. Actions de soins spécifiques : Nous avons identifié un certain nombre d'actions de soins spécifiques que l'équipe soignante doit pouvoir mettre en œuvre en lien avec l'équipe de collecte : en cas de violences physiques, rédaction d'un certificat médical spécifique (ex : certificat descriptif de coups et blessures), de même en cas de violences sexuelles, utilisation d'un schéma corporel pour localiser les lésions traumatiques, usage possible de la photographie, etc.

2.2.6. Evaluation du risque : Cette évaluation doit permettre à l'équipe d'évaluer le risque d'un retour de la victime dans son environnement habituel. Lorsqu'une victime ne se sent pas à l'aise de retourner dans cet environnement et qu'il y a escalade dans la fréquence et la gravité des traumatismes subis jusqu'au risque d'homicide, il est impératif de prendre des mesures immédiates

et définitives, avec le consentement et l'accord de celle-ci. De même, il est nécessaire le cas échéant d'évaluer la sécurité des enfants restant à la maison et si nécessaire d'avertir les services s'occupant de la protection de l'enfance.

2.2.7. Informations à délivrer : L'équipe qui reçoit et prend en charge une victime de violence doit être à même de lui fournir un certain nombre d'informations concernant ses droits et les structures d'aide ou de l'orienter immédiatement vers un contact interne à l'hôpital capable de lui fournir : listes de contacts possibles avec les services de Police, avec les travailleurs sociaux, les associations de soutien, les aides juridiques, etc. Ceci peut donc prendre la forme de documents spécifiques à délivrer et de listes de coordonnées mises à disposition des victimes. Ce point, comme le précédent, montre que c'est le personnel entier de l'hôpital qui est concerné par la mise en place d'un recueil sur ce thème fort, exigeant et mobilisateur : équipe de collecte, équipe soignante et équipe administrative doivent collaborer pour le fonctionnement d'un recueil adéquat sur les violences.

2.2.8. Suivi spécifique : Outre le suivi spécifique de la victime, il faut aussi prévoir des débriefings réguliers de l'équipe d'accueil servant à une analyse des pratiques et à gérer le stress et les problèmes que l'équipe d'accueil et de recueil rencontre lors de la gestion du contact avec les victimes.

2.2.9. Engagement éthique : Comme nous l'avons vu, le recueil de ce type de données appelle un engagement éthique fort et spécifique de la part de l'ensemble de l'équipe du site de collecte. Cet engagement est décrit dans le point suivant.

2.3. L'engagement éthique :

- L'engagement éthique du personnel du site hospitalier de collecte devrait concerné au moins les dix points suivants :

L'engagement éthique pour un recueil sur les violences :

Etik1. La sécurité des victimes et de l'équipe de recueil est primordiale et doit guider toutes les décisions concernant la méthodologie du recueil (ex : nécessité du pièce isolée pour le recueil de l'information).

Etik2. La protection de la confidentialité est essentielle à assurer, tant lors du recueil, du suivi du contact que de l'exploitation des données.

Etik3. Tous les membres d'équipe de collecte doivent être choisis sur des critères précis (disponibilité, qualité d'écoute, empathie, etc.) et recevoir une formation spécialisée (une journée au moins). Une attention particulière doit être apportée au respect et à l'écoute de la parole de la victime.

Etik4. La méthodologie de recueil doit inclure la délivrance d'informations de base sur les droits de la victime et la capacité de répondre à d'éventuelles demandes d'aide. Le personnel de collecte doit être à même de fournir des telles informations et de tels conseils.

Etik5. La victime doit être informée des procédures de confidentialité mises en oeuvre lors du recueil et de l'exploitation des données.

Etik6. Un suivi du vécu et de l'expérience des membres de l'équipe de recueil doit être prévu.

Etik7. L'ensemble de la méthodologie utilisée (comme, par exemple, la formulation des questions) doit tenir compte et refléter l'état actuel des connaissances dans le domaine.

Etik8. Les promoteurs du recueil et les chercheurs ont une obligation morale visant à assurer que leurs résultats sont correctement interprétés et qu'ils sont utilisés pour faire avancer les politiques de prévention.

Etik9. Le recueil et donc la « divulgation » de violences dans un service d'urgence hospitalier n'implique pas seulement la seule délivrance habituelle des soins médicaux les plus appropriées (bien que, naturellement, cette dimension existe toujours), mais elle implique aussi la capacité d'une équipe entière à gérer « des situations d'urgence », qui font le plus souvent appel à des capacités et des connaissances externes au champ purement médical (capacité d'écoute, de sensibilité au problème, de réponses et d'actions spécifiques, de diffusion des bonnes informations, d'évaluation du risque, etc.). C'est l'ensemble de l'équipe hospitalière qui doit mettre au point, à l'intérieur de l'établissement, une stratégie globale de gestion de ce type de traumatisme par une élaboration de services spécifiques, d'une stratégie de sécurité, d'une collaboration accrue entre personnel de soins, travailleurs sociaux et réseaux d'orientation, etc.

Etik10. Les ressources matérielles et humaines disponibles sur le site de recueil doivent être suffisantes et adaptées aux besoins générés par ce type de recueil. Il faut s'assurer de cette adéquation avant de mettre en place un tel recueil sur un site hospitalier, ainsi que de l'élaboration de la stratégie globale de gestion de ce type de traumatisme, évoquée dans le point précédent.

→ Certains de ces points sont justes évoqués en quelques phrases dans l'introduction actuel au « module Violence » du manuel de codage IDB-AI V1.1 : « Pour améliorer la quantité et la qualité des données sur les lésions traumatiques liées à la violence, les personnes qui recueillent des données doivent établir des liens avec d'autres sources comme les organismes d'application de la loi, les centres d'aide aux victimes, centres de crise et refuges. Ensuite, il faut faire preuve d'empathie, de sensibilité et de discrétion extrêmes lorsqu'on recueille des renseignements auprès des patients qui ont déjà vécu le traumatisme d'un événement violent. C'est pourquoi les personnes qui recueillent et étayent les renseignements sur les *lésions traumatiques* doivent être très sensibilisées et avoir reçu une bonne formation. De plus, il faut offrir des services à la victime pour atténuer immédiatement une partie du traumatisme — tant mental que physique — découlant de l'événement à l'origine de lésions traumatiques.». Ces phrases sont manifestement insuffisantes pour faire comprendre la spécificité d'un recueil sur les violences et les enjeux qui lui sont liés.

2.4. Les variables du « module Violence »

- La nouvelle version du codage IDB-AI est fondée en grande partie, sur le codage international CICET (Classification internationale des causes externes de traumatismes), en anglais ICECI (International Causes of External Causes of Injuries), développé sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ceci est vrai pour les 4 variables du « module Violence » IDB-AI v1.1. La CICET complète le Chapitre XX, Causes externes de morbidité et de mortalité, de la CIM-10. C'est donc un point favorable pour la pérennité et le rayonnement du système de codage.

2.4.1. Description des variables du module « Violence » du codage actuel IDB-AI V1.1 :

Var1. Lien entre la victime et l'agresseur

Longueur du champ :

n

Définition :

Description du lien entre la personne commettant l'acte violent (l'agresseur) et la victime.

Contexte :

Les systèmes de surveillance sur les traumatismes intentionnels recueillent principalement des informations sur la victime. Cependant, pour mieux comprendre les types de violence, il est important de recueillir aussi des informations sur l'agresseur. Une telle information aidera à déterminer les types principaux de violence répandus dans la société et aidera les praticiens à développer des stratégies de prévention efficaces.

Guide pour utilisation :

Codez cette variable pour tous les traumatismes liés à une agression. Choisissez le code qui décrit le mieux le lien entre l'agresseur et sa victime au moment de l'agression. Notez que dans ce recueil, l'utilisation des mots "la victime" et "l'agresseur" n'implique aucun jugement, légal ou autre.

Si deux codes ou plus paraissent appropriés, choisissez celui qui l'est le plus. Dans la liste des codes, s'il y a plusieurs agresseurs, codez l'information concernant l'agresseur principal.

Liste des codes :

- 1 Conjoint ou concubin
- 2 Parents
- 3 Autre famille
- 4 Fournisseur de soins sans lien de parenté
- 5 Connaissance ou ami
- 6 Autorité officielle ou légale
- 7 Un inconnu
- 8 Autre lien précisé
- 9 Lien non précisé

Var2. Sexe de l'agresseur

Longueur du champ :

n

Définition :

Le sexe de la personne qui a infligé la blessure.

Contexte :

Cette variable fournit une information complémentaire sur l'agresseur.

Guide pour utilisation :

Codez cette variable pour tous les traumatismes liés à une agression.

Liste des codes :

- 1 Homme
- 2 Femme
- 9 Inconnu

Var3. Classe d'âge de l'agresseur

Longueur du champ :

n

Définition :

C'est la tranche d'âge de la personne qui a infligé la blessure.

Contexte :

Cette variable fournit une information complémentaire sur l'agresseur.

Guide pour utilisation :

Codez cette variable pour tous les traumatismes liés à une agression.

Liste des classes :

- 1 Enfant (0-14 ans)
- 2 Adolescent (15-24 ans)
- 3 Adulte (25-64 ans)
- 4 Personne âgée (65 ans et +)
- 9 Inconnu

Var4. Contexte de l'agression

Longueur du champ :

n

Définition :

Description des circonstances entourant l'événement violent.

Contexte :

Un grand nombre de blessures surviennent à l'occasion d'agressions. Cependant, on connaît peu les circonstances dans lesquelles ces blessures surviennent (ex : querelles familiales, incidents liés à la drogue, agression en groupe, etc.). Pour mieux comprendre ces violences, il est important de recueillir les informations décrivant les circonstances dans lesquelles les agressions se produisent. Cette information peut aider à guider le développement de stratégies de prévention.

Guide pour utilisation :

Codez cette variable pour tous les traumatismes liés à une agression. Choisissez le code le plus approprié concernant l'épisode violent le plus récent.

Liste des codes :

- 1 Altercation
- 2 Acquisition illégale ou tentative d'acquisition illégale d'argent ou de biens
- 3 Agression liée à la drogue
- 4 Agression sexuelle
- 5 Agression en groupe
- 6 Autre activité criminelle
- 8 Autre contexte indiqué pour l'agression
- 9 Contexte de l'agression non précisé

- L'expérience de collectes d'information sur les violences en milieu hospitalier montre qu'il est assez courant que le personnel médical soit réticent à recueillir des informations concernant l'agresseur en s'appuyant sur l'argument qu'il ne s'agit pas de données médicales, mais de données juridiques qui peuvent venir en violation du secret médical.

- L'identification du nombre et des caractéristiques complètes des contacts dues aux violences conjugales dans un service d'urgence nécessite des informations sur l'auteur des violences. Cependant, l'expérience danoise montre que l'on peut identifier ces cas en utilisant les variables « intentionnalité », « lieu de l'accident », « mécanisme de l'accident » (codage ICECI de type IDB) et « nature » et « localisation du traumatisme » (codage ICD10), sans information sur les agresseurs.

2.4.2. Propositions de variables complémentaires dans le module V2.0 du codage IDB-AI :

- Les deux premières variables complémentaires que nous proposons concernent plus particulièrement les violences conjugales (type de violence, fréquence durant les 12 derniers mois). Ces données fondamentales ne sont pas présentes dans le codage IDB-AI :

VarComp1. Types d'agressions violences conjugales (non exclusives – 2 codes) :

Longueur du champ :

2 x nn

Définition :

Description du type d'agression liée à des violences conjugales.

Contexte :

On connaît mal la fréquence des types d'agressions liées aux violences conjugales et leur échelle de gravité. Pour mieux connaître ces violences et développer des stratégies de prévention adéquates, il est important de recueillir les informations les décrivant plus précisément. Il est possible d'indiquer deux codes.

Guide pour utilisation :

Codez cette variable pour tous les traumatismes liés à des violences conjugales. Choisissez le ou les code(s) le(s) plus approprié(s) concernant l'épisode violent le plus récent.

Liste des codes :

- 11 Gifles
- 12 Coups de poing, coups de pied
- 13 Etranglement ou tentative d'étranglement
- 14 Brûlures
- 15 Menaces ou attaques avec un couteau ou une arme
- 16 Menace de mort ou tentative de meurtre
- 19 Autres types des violences physiques
- 21 Attouchements sexuels
- 22 Tentative de rapport sexuel forcé
- 23 Rapport sexuel forcé
- 24 Viol en groupe
- 29 Autres types de violences sexuelles

VarComp2. Fréquence de ce type de violence durant les 12 derniers mois (2 codes)

Longueur du champ :

n

Définition :

Description de la fréquence de l'acte violent le plus grave durant les 12 derniers mois.

Contexte :

Il nous semble important aussi de connaître la fréquence de ces différents types d'agression au cours de 12 derniers mois, pour déterminer à quel moment du cycle de violence la victime se situe.

Guide pour utilisation :

Codez cette variable pour tous les traumatismes liés à des violences conjugales. Choisissez le code le plus approprié concernant la fréquence de l'épisode violent décrit dans la variable précédente (2 possibles).

Liste des codes :

- | | |
|---|--------------------|
| 1 | 1 fois |
| 2 | 2 ou 3 fois |
| 3 | entre 4 et 10 fois |
| 4 | plus de 10 fois |
| 9 | Non précisé |

3. Conclusions

→ Il est inacceptable de conduire un recueil de données trop étroitement conçu, fournissant des résultats fortement biaisés, sans stratégie globale de gestion de ce type de contact au niveau de l'établissement hospitalier et qui peut mettre en danger, de ce fait, la victime de violence et l'équipe de collecte.

→ A l'issue de l'inventaire des conditions méthodologiques indispensables d'une collecte d'information sur les violences, la question se pose de la pertinence d'un recueil hospitalier en service d'urgence, étant donné les contraintes fortes et l'engagement nécessaire de l'équipe de collecte et de l'ensemble du site. Nous avons énoncé ce qui constitue à notre avis les conditions indispensables à mettre en œuvre pour une telle collecte. Notre conclusion peut s'énoncer de la façon suivante :

Si les conditions énoncées précédemment peuvent être mises en place, alors le recueil d'information du « module Violence » IDB est possible et légitime. Si ces conditions ne sont pas remplies, par manque de temps, de moyen et/ou d'implication de l'équipe du site, alors il vaut peut-être mieux ne pas inclure la collecte des traumatismes par violences dans le recueil hospitalier systématique et continu IDB.

Un recueil plus complet sur une période limitée de temps (un an, par exemple) pour certains hôpitaux (les plus motivés) peut constituer une solution alternative intermédiaire.

→ L'expérience danoise issue de la collecte systématique de données dans les services d'urgence montre que des données, recueillies en codage ICECI de type IDB, sur l'intentionnalité, le lieu de survenue et le mécanisme croisées avec des données, en codage ICD10, sur la nature et la localisation du traumatisme permettent d'identifier correctement les différents types d'agression. **Aussi, nous ne désapprouvons pas un recueil systématique de données sur les violences dans un service hospitalier, mais nous soulignons fortement qu'il doit être accompagné d'une méthodologie spécifique et d'une stratégie hospitalière globale dont nous avons exposée ci-dessus les principaux éléments.**

→ Cependant, on peut se demander si les spécificités d'un recueil de données sur les violences sont telles, qu'il n'est peut-être pas bon de mettre « en sandwich » quelques questions sur les violences parmi d'autres questions touchant à d'autres types de traumatismes. Les implications suscitées sont peut-être trop lourdes pour mêler, dans un même recueil d'information, accidents de la vie courante, accidents de la circulation et recueil sur les violences ? Un recueil systématique particulier est une solution à envisager.

→ Cela ne veut pas dire, bien entendu, que les échanges d'expérience entre les domaines des traumatismes non intentionnels et traumatismes intentionnels ne sont pas nécessaires et utiles. On veut faire percevoir dans ce projet, que le recueil et donc la « divulgation » des violences dans un « service d'urgence » hospitalier n'implique pas seulement la seule délivrance habituelle des soins médicaux les plus appropriées (bien que cette dimension existe toujours aussi naturellement), mais qu'elle implique aussi la capacité d'une équipe entière à gérer « des situations d'urgence », qui font le plus souvent appel à des capacités et des connaissances externes au champ purement médical (capacité d'écoute, de sensibilité au problème, de réponses, d'actions spécifiques, de diffusion des bonnes informations, d'évaluation du risque, etc.).

→ La divulgation de violences dans service d'urgence peut être (doit être, si possible) une première étape dans le processus de changement pour la victime. Ce contact ne doit pas être « gâché » et se réduire au simple remplissage d'un questionnaire technique.

→ Il est bien évident que ce n'est pas le seul personnel du recueil (recueil IDB ou autre recueil) qui doit être chargé de l'ensemble de ce dispositif. **Ce que nous voulons montrer ici, c'est que l'introduction d'un recueil de données sur les violences entraîne des conséquences qui font que c'est l'ensemble de l'équipe hospitalière qui doit mettre au point, à l'intérieur de l'établissement, une stratégie globale de gestion de ce type de traumatisme** (par une élaboration de services spécifiques, d'une stratégie de sécurité, d'une collaboration accrue entre personnel de soins, travailleurs sociaux et réseaux d'orientation, etc.).

→ Dans tous les cas de figure, le recueil sur les violences ne doit pas être considéré comme une simple extension administrative et technique du domaine des traumatismes non intentionnels. C'est un champ spécifique qui demande un investissement lourd en termes de temps, d'implication, de détermination d'une stratégie spécifique et de moyens.

→ L'importance et la gravité du sujet, son émergence récente dans le champ de la santé publique, le retard pris dans le recueil hospitalier de ce type de données fait que de tels investissements spécifiques seraient tout à fait justifiés et indispensables. **La consultation des experts du domaine, notamment des experts du réseau DAPHNE, est une condition essentielle de réussite d'un tel recueil.**