



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction Générale de l'Offre de Soins

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Bureau des plateaux techniques et des prises
en charge hospitalières aiguës (R3)

Personne chargée du dossier :

Frédérique Collombet-Migeon

Tél. : 01 40 56 53 82

Mél. : frederique.collombet-migeon@sante.gouv.fr

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

INSTRUCTION N° DGOS/R3/2020/201 du 18 novembre 2020 relative au renforcement de la prise en charge des femmes victimes de violences sur le territoire.

Date application : immédiate

NOR : SSAH2036121J

Classement thématique: établissements de santé – Organisation

Validée par le CNP, le 27 novembre 2020 - Visa CNP 2020-100

Résumé : Le Grenelle des violences conjugales prévoit la mise en place de répertoires régionaux de l'offre de prise en charge des femmes victimes de violences et le déploiement progressif de dispositifs dédiés à ce public, dont la présente instruction détaille les conditions de mise en oeuvre.

Mention Outre-mer : Le texte s'applique en l'état dans l'ensemble des Outre-mer, à l'exclusion de la Polynésie française, Nouvelle Calédonie ainsi que Wallis et Futuna.

Mots-clés : femmes victimes de violences – prise en charge.

Circulaire(s) / instruction(s) abrogée(s) : néant.

Circulaire(s) / instruction(s) modifiée(s) : néant.

Annexe : Cahier des charges des dispositifs dédiés de prise en charge des femmes victimes de violences.

Diffusion : Les destinataires devront assurer une diffusion de la présente instruction et du cahier des charges annexé auprès des organismes susceptibles d'être concernés par la prise en charge des femmes victimes de violences, dans le champ sanitaire, social et médico-social.

Les violences faites aux femmes représentent un enjeu de santé publique majeur tant par leur ampleur (on estime à 670 000 le nombre de femmes annuellement confrontées à une situation de violence¹) que par l'importance des répercussions de ces violences sur le plan sanitaire, pour les femmes concernées ainsi que, le cas échéant, pour leurs enfants².

Le repérage de ces situations, leur orientation puis la prise en charge reposent sur un paysage d'acteurs variés issus des champs sanitaire, social, médico-social ou judiciaire. Les établissements de santé, dont le rôle apparaît majeur dans la prise en charge en urgence de ces situations, dans l'élaboration de plans de soins ou la réalisation de prises en charge spécialisées, se sont enrichis de « référents violences » de proximité³, mais aussi de lieux de prise en charge spécialisés, tels que les dispositifs de prise en charge globale du psycho-traumatisme⁴ notamment.

L'enquête nationale conduite en 2019 auprès de l'ensemble des agences régionales de santé en vue d'établir un état des lieux de l'offre sanitaire disponible pour l'accueil et la prise en charge des femmes victimes de violences⁵, a toutefois mis en évidence plusieurs axes d'amélioration à conduire.

Tout d'abord, d'importantes inégalités caractérisent la répartition de l'offre en direction des femmes victimes de violences, au plan régional comme territorial, et il en découle des lacunes fréquentes de couverture territoriale. L'offre repose ensuite le plus souvent sur des structures non dédiées spécifiquement à la prise en charge des femmes victimes, qui de ce fait ne peuvent assurer leur accès à l'entièreté des prestations requises (réalisation d'interruptions volontaires de grossesse, hyménoplastie, etc.). Enfin, faute de lisibilité suffisante sur les partenaires en place et le champ respectif de leurs interventions, les professionnels comme la population ne peuvent aisément s'orienter dans cette offre et peinent souvent à trouver l'acteur le mieux à même de répondre aux besoins spécifiques de chaque situation.

Sur la base de ces constats, et dans l'objectif de donner une nouvelle impulsion à la prise en charge des femmes victimes de violences, le plan de lutte contre les violences conjugales, présenté en novembre 2019 à l'issue du Grenelle consacré à cette thématique, a acté l'engagement de deux démarches prioritaires :

- Organiser tout d'abord la lisibilité de l'offre régionale à destination des femmes victimes de violences, par le déploiement progressif de répertoires spécifiques de l'offre, couvrant l'ensemble du territoire français⁶ ;
- Compléter l'offre régionale existante par des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes, s'articulant avec les autres dispositifs en place, et au déploiement desquels une aide nationale sera apportée au cours de la période 2020-2022⁷.

¹ Selon les données recueillies par l'INSEE et l'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) en 2019 dans le cadre de l'enquête « Cadre de vie et sécurité » portant sur la période 2012-2018, environ 220 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont chaque année, confrontées à une situation de violence « au sein du ménage », tandis que plus de 450 000 femmes sont victimes de violences « hors ménage ». On estime par ailleurs à 125 000 le nombre de femmes adultes vivant en France ayant subi des mutilations sexuelles (données du Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Santé Publique France, n°21, 23 juillet 2019).

² L'enquête de l'INSEE cite ainsi atteintes physiques (traumatismes, maladies chroniques), troubles psychiques et comportementaux (état de stress post-traumatique, dépression), majoration du risque suicidaire et d'addiction, dégradation sur la santé sexuelle et reproductive, isolement social.

³ Mis en place en application de la circulaire DGOS/R2/MIPROF n°2015-345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place dans les services d'urgences, de référents sur les violences faites aux femmes.

⁴ Mis en place en application de l'instruction DGOS/R4/2018/150 du 19 juin 2018 relative à l'appel à projets national pour l'identification de dispositifs de prise en charge globale du psycho traumatisme.

⁵ Instruction DGOS/R3/2019/202 du 16 septembre 2019 relative à la réalisation d'un état des lieux des centres de prise en charge des femmes victimes de violences.

⁶ Mesure 7 du Grenelle des violences conjugales, annoncé en novembre 2019.

⁷ Mesure 11 du Grenelle précité.

La présente instruction détaille les conditions de mise en œuvre de ces deux axes de travail.

1. L'organisation de la lisibilité des ressources au bénéfice des professionnels

Les professionnels intervenant dans la prise en charge des femmes victimes de violences doivent pouvoir visualiser rapidement les ressources mobilisables sur le territoire concerné et s'appuyer sur un outil du type « répertoire » ou « cartographie » assurant une orientation rapide et efficace.

Quelques régions⁸ ont initié une réflexion visant à produire ce type d'outils et c'est une démarche qu'il conviendra de faire aboutir dans l'ensemble des régions d'ici fin 2022. Placé sous votre pilotage, le projet devra associer les délégations régionales aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE), et pourra mobiliser également les observatoires régionaux de la santé et du social, les réseaux régionaux de périnatalité⁹ et, des unités de recherche, à l'appui de la collecte et de la structuration des données.

En termes de périmètre, le répertoire ou la cartographie devra intégrer les différents domaines intéressant la prise en charge des femmes victimes de violence :

- la santé (ce champ devant être lui-même décliné dans ses différents volets somatique, psychique et de prise en charge des addictions),
- l'accompagnement social,
- l'accompagnement juridique,
- l'accompagnement des enfants victimes collatérales de ces violences¹⁰.

Il s'appuiera sur des répertoires déjà implémentés, dans de nombreuses régions, sur la partie accompagnement social et juridique des femmes.

L'outil pourra prendre différentes formes, selon les régions et les ressources mobilisables : répertoire ou cartographie sur site web, application spécifique, etc.. Une actualisation régulière des données devra être prise en compte dès la conception de l'outil, eu égard aux rapides changements intervenant parmi les acteurs du domaine¹¹.

2. Le renforcement des ressources de soins par le déploiement d'équipes dédiées à la prise en charge des femmes victimes de violences

Le cahier des charges annexé à la présente instruction, élaboré dans le cadre d'échanges avec des représentants des ARS ainsi qu'avec le groupe Grenelle santé, décrit les attendus auxquels devront répondre ces dispositifs.

2.1 Les attendus du dispositif

Le dispositif vise à organiser la mobilisation de niveaux complémentaires de l'offre de soins au profit de la prise en charge des femmes victimes. La prise en charge par les acteurs habituels de l'offre¹² doit en effet être maintenue et confortée, tout en faisant la place à un acteur plus spécialisé qui sera en capacité non seulement d'offrir un panel complet de prestations aux femmes mais aussi d'appuyer, par son expertise, les prises en charge réalisées en proximité et de contribuer à la montée en compétence des autres professionnels de soin sur le sujet des femmes victimes de violences.

⁸ C'est le cas en particulier de la région Normandie.

⁹ Le champ de la périnatalité est souvent le lieu d'initiatives dans le champ des violences faites aux femmes : pour les identifier, les réseaux de santé périnatale peuvent utilement être sollicités.

¹⁰ Ces champs étant eux-mêmes à subdiviser en des modalités plus détaillées d'accompagnement.

¹¹ Elle a pris par exemple la forme, dans le cadre de l'expérience conduite en région Normandie, de questionnaires en ligne à renseigner par les structures, permettant ainsi de faire évoluer les informations relatives à chacune au cours du temps.

¹² Qu'il s'agisse des professionnels de premier recours ou des équipes hospitalières non spécialisées dans la prise en charge des femmes victimes.

i) La mission de prise en charge du dispositif

Le dispositif a vocation à assurer la prise en charge des femmes victimes de violences sur le territoire qu'il dessert, en intégrant l'ensemble des composantes du parcours et en lien étroit avec l'ensemble des autres acteurs du champ. Il leur propose une prise en charge somatique et psychique adaptée à leur situation, tout en conduisant un diagnostic de leurs besoins plus généraux dans le champ psycho-social et en organisant leur orientation adaptée pour répondre à ces besoins globaux.

Du fait de leur expertise particulière, les équipes spécialisées ont également vocation à soutenir les équipes et professionnels de proximité dans les missions qu'ils continuent d'assurer auprès des femmes victimes de violences, notamment en cas de sollicitation initiale de ceux-ci par les victimes ou dans le cadre du relai des prises en charge spécialisées qu'ils assurent en proximité. Ce soutien consiste notamment à apporter un appui clinique à la prise en charge des situations complexes ainsi qu'à prendre en charge les femmes sur orientation.

ii) La mission d'animation du dispositif

Le dispositif contribue par ailleurs à l'animation des compétences de prise en charge des femmes victimes sur son territoire en s'appuyant sur un certain nombre de relais (référents violences faites aux femmes au sein des services d'urgences, etc.).

Il inscrit son action dans un travail en réseau avec les autres acteurs de cette prise en charge : établissements de santé, professionnels de ville investis dans ce champ, associations spécialisées, services territoriaux de la justice, réseaux de professionnels¹³, etc.

Il contribue à :

- sensibiliser les professionnels, hospitaliers comme du premier recours, au repérage des situations de violences subies par les femmes et à l'enjeu de leur orientation adaptée précoce ;
- diffuser les bonnes pratiques et à transférer les compétences dans ce champ, l'équipe du dispositif veillera à travailler à cet objectif avec les référents violences faites aux femmes des services d'urgence du territoire ;
- élaborer des protocoles partagés entre les professionnels du territoire. Il conduit cette action en lien étroit avec les dispositifs de prise en charge du psycho traumatisme qui conduisent cette même mission dans ce champ spécifique.

Par cette action de sensibilisation, de diffusion de bonnes pratiques et d'animation du territoire, l'objectif est de permettre l'accès de toutes les femmes à une prise en charge adaptée sur le territoire d'action du dispositif dédié.

2.2 Les points d'attention des ARS

Le cahier des charges national constitue un guide proposé à la fois pour aider les porteurs de projets à concevoir ces dispositifs nouveaux, ainsi que pour aider les ARS dans la sélection finale des projets.

Compte tenu de l'enjeu de déploiement rapide de ces dispositifs sur le territoire, vous veillerez à examiner avec souplesse les projets soumis dès lors qu'ils répondent aux principaux attendus du cahier des charges national. Ils pourront présenter des spécificités d'organisation et de fonctionnement afin de répondre aux spécificités des territoires.

¹³ Réseaux intervenant dans le champ des violences intra familiales, des violences envers les mineurs, dans le champ de la périnatalité, etc.

Au-delà des attendus définis par le cahier des charges national, vous veillerez aux éléments suivants permettant d'optimiser le positionnement des projets et leur réponse aux besoins de la population de femmes :

- Les projets devront, dès l'étape de leur conception, s'inscrire dans les territoires : vous privilégieriez à cet effet une approche initiale de diagnostic des ressources et des besoins, l'objectif étant de garantir une cohérence de fonctionnement du(es) dispositif(s) avec les autres ressources disponibles au sein de la structure comme à l'échelle du territoire desservi.
- Le dispositif soutenu devra pouvoir répondre aux besoins d'un territoire suffisamment large, dépassant la seule zone d'attractivité naturelle de l'établissement porteur, tant s'agissant de la prise en charge des parcours de soin les plus complexes que de l'appui aux professionnels ;
- Pour une réponse optimum aux besoins de la population, il conviendra de privilégier, dans l'implantation du(des) dispositif(s), les territoires à forte densité de population et/ou marqués par d'autres caractéristiques susceptibles d'être corrélées avec la fréquence des violences faites aux femmes.
- Les porteurs du dispositif devront être en capacité de se mettre en lien avec les principaux professionnels contribuant, sur le territoire considéré, à la prise en charge et à l'accompagnement des femmes victimes de violences et de contribuer à animer leur réflexion commune.

Dans l'examen des projets, vous veillerez à associer le réseau déconcentré pour l'égalité entre les femmes et les hommes (directions régionales aux droits des femmes) : ses missions d'animation et de coordination des acteurs engagés sur cette thématique au niveau local pouvant enrichir l'analyse des partenariats à engager autour des dispositifs dédiés pour une prise en charge globale et adaptée des victimes.

2.3 Le soutien financier national au déploiement du dispositif

Pour soutenir la mise en place de ces dispositifs sur la plus large partie possible du territoire français, un financement national dédié sera délégué au cours des exercices 2020 à 2022 à hauteur d'un montant total de 5M€.

Ces crédits pourront être complétés par d'autres crédits éventuels au niveau régional, en fonction des besoins complémentaires estimés.

3. Le suivi de mise en place des deux mesures

Vous veillerez à suivre annuellement la montée en charge de ces deux dispositifs de cartographie et de renforcement de l'offre sur votre territoire régional, eu égard à son importance pour la bonne prise en charge assurée aux femmes victimes de violences et afin de pouvoir alimenter le suivi national réalisé des mesures du Grenelle des violences conjugales dont les deux démarches sont parties prenantes.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins



Etienne CHAMPION



Katia JULIENNE

CAHIER DES CHARGES DISPOSITIFS DEDIES A LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES

Les violences faites aux femmes représentent un enjeu important de santé publique, dont la prise de conscience est croissante : selon les données recueillies par l'INSEE et l'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) en 2019¹, environ 220 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont chaque année confrontées à une situation de violence « au sein du ménage »², tandis que plus de 450 000 femmes sont victimes de violences « hors ménage ». On estime par ailleurs à 125 000 le nombre de femmes adultes vivant en France ayant subi des mutilations sexuelles³.

Pour répondre aux conséquences de ces violences sur la santé des femmes, multiples et désormais bien appréhendées dans leurs différents volets physique, psychique et comportemental⁴, les professionnels et acteurs susceptibles d'intervenir aux différents stades de ces parcours sont multiples. Le rôle des établissements de santé, dans la prise en charge en urgence de ces situations mais également dans l'établissement d'un plan de soins, la réalisation de prises en charge spécialisées (chirurgies) voire de recours (chirurgie réparatrice) apparaît majeur.

Si de nombreuses initiatives hospitalières ont vu le jour au cours de la dernière décennie pour organiser une réponse hospitalière adaptée à ces situations, les réponses apportées sont aujourd'hui disparates dans leur ampleur et leur organisation. Elles ne sont, en outre, pas toujours spécialisées dans la prise en charge des femmes alors que les besoins, dans ces situations, apparaissent spécifiques. Enfin, elles forment aujourd'hui un maillage encore trop restreint, alors que la fréquence de ce phénomène exige d'assurer une réponse en tout point du territoire.

Pour garantir un accès adapté à des soins à toutes les femmes victimes, le Grenelle des violences conjugales a acté en novembre 2019 le **déploiement national de dispositifs dédiés de prise en charge des femmes victimes de violences**.

Il ne s'agit pas de substituer ces nouveaux dispositifs aux actions conduites par les professionnels des territoires mais de compléter l'offre et d'organiser une réponse hospitalière graduée autour de dispositifs dédiés assurant une réponse spécialisée aux besoins de ces femmes et articulée à la prise en charge de proximité impliquant les professionnels du premier recours. Il s'agit également d'organiser les modalités d'une réponse globale à cet enjeu sur le territoire, s'appuyant sur une offre lisible et sur des acteurs formés sur le sujet des violences faites aux femmes et articulant leur action respective.

L'objet du présent cahier des charges est de définir l'organisation à mettre en place à partir des dispositifs dédiés, leurs missions organisation et modalités d'articulation avec le reste des acteurs. Il a vocation à aider les acteurs de terrain à structurer des projets de dispositif garantissant une prise en charge de qualité aux femmes victimes de violence et à guider les ARS dans la sélection des projets qui seront accompagnés.

¹ Source : enquête « Cadre de vie et sécurité » 2012-2018 - INSEE-ONDRP.

² La notion « au sein du ménage » signifie que l'auteur cohabite avec la victime au moment de l'enquête tandis que la notion « hors ménage » signifie que l'auteur ne cohabite pas avec la victime au moment de l'enquête.

³ Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Santé Publique France, n°21, 23 juillet 2019.

⁴ L'enquête de l'INSEE cite ainsi atteintes physiques (traumatismes, maladies chroniques), troubles psychiques et comportementaux (état de stress post-traumatique, dépression), majoration du risque suicidaire et d'addiction, dégradation sur la santé sexuelle et reproductive, isolement social.

1- Définition du dispositif dédié de prise en charge des femmes victimes de violences :

- Le dispositif dédié de prise en charge des femmes victimes de violences réunit un ensemble de compétences dans le champ clinique et de l'accompagnement psycho-social au sein d'une structure hospitalo-universitaire ou hospitalière, répondant à une double mission : assurer une **prise en charge spécifique à destination des femmes victimes de violences**, et organiser **l'animation et le soutien des professionnels du territoire intervenant dans ce champ**.
- Il assure une **prise en charge en urgence ainsi qu'un ensemble de prises en charge spécialisées** visant à répondre aux besoins de soins somatiques et psychiques des femmes, tout en prenant en compte la dimension d'accompagnement social qui est étroitement imbriquée à cette prise en charge.
- Il met en place une **coordination avec l'ensemble des acteurs des violences faites aux femmes sur le territoire**⁵, autour des parcours de prise en charge mais également, plus globalement, en faveur de la montée en compétence des acteurs dans ce domaine (
- Il s'appuie sur les référents violences faites aux femmes au sein des services d'urgences, lorsque ceux-ci sont identifiés, afin d'identifier les besoins d'appui des acteurs et relayer ses actions (diffusion de protocoles, etc.).

2- Structures éligibles

- Les dispositifs doivent être implantés dans des établissements de santé assurant a minima une activité d'urgences, de gynécologie-obstétrique. Ils pourront autant que de besoin disposer d'activités spécialisées telles que l'activité d'interruption volontaire de grossesse (IVG), l'activité de chirurgie générale et spécialisée, l'activité de psychiatrie, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), etc.
- L'objectif est d'assurer, via le dispositif dédié, un panel large de prestations garantissant la complétude et la qualité des parcours des femmes victimes. Il n'est toutefois pas nécessaire aux dispositifs de proposer in situ la totalité des prises en charge visées, qui doivent, dans le cas contraire, être organisées par voie de conventions avec d'autres établissements de santé ou partenaires de ville. Les conventions, qui définiront les conditions d'accès des femmes (délais, informations transmises, etc.) à ces prises en charge, devront obligatoirement inclure
 - un établissement de santé mentale si l'établissement porteur est dépourvu de service de psychiatrie afin de permettre la prise en charge des femmes le nécessitant;
 - un/des établissements de santé MCO pour couvrir l'accès aux prises en charge en santé non couvertes par le socle des prestations assurées obligatoirement par le dispositif : IVG, chirurgie générale et spécialisée (dont la chirurgie réparatrice des mutilations féminines) ;
 - Avec une UMJ si elle est extérieure à l'établissement porteur du projet ;

⁵ Professionnels de la psychiatrie (en particulier les dispositifs de prise en charge globale du psycho traumatisme), acteurs de premier recours (médecins, traitants, sages-femmes libérales, chirurgiens-dentistes, etc.), acteurs du champ de la justice, interlocuteurs sociaux et médico-sociaux, etc.).

- Avec au moins une association œuvrant en matière d'accompagnement des femmes victimes de violences au sein du territoire concerné.
- Les projets peuvent indifféremment émaner des services d'urgence, de gynécologie-obstétrique, d'unités médico-judiciaires (UMJ). De façon optimale, ils pourront résulter d'une collaboration entre ces services.

3- Missions détaillées des dispositifs

3.1 : Assurer la prise en charge de la femme victime

- Les dispositifs assurent aux femmes victimes la **prise en charge somatique et psychique** adaptée à leur situation, tout en conduisant un diagnostic de leurs besoins plus généraux dans le champ psycho-social et en organisant leur orientation adaptée pour répondre à ces besoins globaux. A cette fin, les dispositifs prendront en compte, avec une vigilance particulière :
 - Les situations d'emprise psychologique que peuvent connaître les femmes victimes de violences ;
 - Les femmes vivant avec un handicap, étant démontré que le handicap est un facteur de vulnérabilité aux violences.
- Au-delà de l'accueil en urgences, ils évaluent **les besoins de soins** de la femme et **organisent**, dans le cadre d'un plan de soins formalisé, **son accès** aux prises en charge nécessaires, dont :
 - Des consultations spécialisées (psychiatrie, etc.),
 - Des activités de bilans (bilan gynécologique, etc.),
 - Une prise en charge IVG,
 - Des actes de chirurgie réparatrice des mutilations sexuelles,
 - Le cas échéant, une prise en charge en addictologie (dispositifs sanitaires ou médico-sociaux).
- Ces prestations spécialisées peuvent être assurées **soit sur site, soit en lien avec d'autres partenaires**, de façon organisée, garantissant des délais adaptés et la bonne transmission des informations nécessaires aux soins délivrés. A titre d'exemple, la chirurgie réparatrice, qui concerne un nombre réduit de femmes, peut ne pas être proposée sur site et donner lieu à une orientation organisée de la femme vers un établissement régional proposant cette prise en charge.
- Les dispositifs dédiés assurent une **évaluation de la situation sociale et des besoins d'accompagnement social** de la personne au moment de son arrivée dans le dispositif avec une première réponse (ouverture des droits par exemple) et des orientations adaptées en conséquence.
- Un accompagnement est organisé pour permettre à la femme victime, si elle le souhaite, de **porter plainte en justice**. Dans la mesure du possible, le dispositif doit viser à organiser le dépôt de plainte à l'hôpital.
- A l'occasion de l'évaluation globale des besoins de la femme, sa situation familiale et en particulier **son impact sur ses enfants devront être évoqués**, donnant lieu si besoin à une orientation de ceux-ci vers les structures de prise en charge des enfants

victimes de violences existantes au niveau du territoire et soutenus en application du plan de lutte contre les violences faites aux enfants.

3.2 : Contribuer à l'animation des professionnels sur le territoire dans le champ des violences faites aux femmes

- Compte tenu de leur expertise en matière de prise en charge des femmes victimes de violences, les dispositifs sont un **interlocuteur privilégié des ARS** pour les réflexions générales conduites dans ce champ : bilans de besoins de formation des acteurs, diagnostic de l'offre et de sa réponse aux besoins, etc.
- Les dispositifs conduisent par ailleurs des **actions régulières d'information et de formation** visant à sensibiliser les professionnels du territoire à ce thème, à conforter leur compétence et favoriser ainsi le développement d'une culture commune.
- Ils soutiennent le **développement d'outils communs**, favorisant l'équité de prise en charge des femmes sur le territoire : protocoles de prise en charge, outils d'évaluation des besoins, etc.
- Leurs actions dans ces différents domaines sont conduites **en lien avec les autres réseaux de professionnels** œuvrant, le cas échéant, dans des champs connexes (champ des violences intrafamiliales, des violences à l'encontre des mineurs, du psycho traumatisme, des addictions ou de la périnatalité).

4- Modalités d'organisation du dispositif hospitalier dédié à la prise en charge des femmes victimes de violences :

4.1 : Ressources humaines mobilisées :

- Le dispositif dédié est constitué de **personnels formés** à la prise en charge spécifique des femmes victimes de violences.
- Il dispose de ressources propres dédiées aux soins aux femmes victimes, dites « **ressources socle** », qui peuvent être complétées par des **ressources spécialisées⁶ mises à disposition** par d'autres services de l'établissement porteur du projet, voire par d'autres établissements et structures extérieures partenaires pour assurer la réponse à la diversité des besoins de soin des femmes.
- Les ressources « socle » sont composées **a minima de 3 ETP**, conformément aux orientations du rapport de l'IGAS en 2017, et comprennent des compétences d'infirmier, notamment en psychiatrie, ou de sage-femme, de psychologue et d'assistant social, permettant d'assurer une première réponse aux besoins des femmes.
- Un **recours possible à des compétences médicales** est organisé, sous la forme notamment de la mise à disposition de vacations de temps médical, afin de répondre aux situations les plus complexes ;

⁶ Intervenant dans le champ de la psychiatrie, de la prise en charge médico-légale, de la chirurgie spécialisée, de l'addictologie, etc.

- Pour assurer l'accès à tout moment des femmes à ces ressources essentielles, l'établissement doit pouvoir mobiliser, au-delà des personnels dédiés du dispositif, autant que de besoin, des professionnels de l'établissement, sensibilisés à cet accueil et à ces prises en charge, afin d'assurer un **accueil opérationnel des femmes en continu**. A cet effet, un protocole organisant la continuité de l'accueil est défini. Les professionnels concernés de l'établissement doivent être formés à cette problématique.
- La **mobilisation de ressources est possible au-delà des ressources « socle »** et concerne le champ des soins mais aussi de l'accompagnement psycho-social des femmes victimes ainsi que de la prise en charge judiciaire. Elle doit être organisée et donner lieu, s'agissant de la mobilisation de compétences extérieures à l'établissement, à la formalisation de conventions.
- Sur le plan de l'accompagnement des démarches judiciaires, le dispositif doit structurer un circuit permettant, dans la mesure du possible, la **venue sur place des services de la justice pour permettre le dépôt de plainte** et, à défaut, d'organiser l'accès des femmes à une structure extérieure permettant ce dépôt de plainte.

4.2 : Organisation interne

- Les dispositifs dédiés répondent aux **principes généraux** suivants :
 - Ils ont une vocation sanitaire, tout en proposant aux femmes un accompagnement social, médico-social et judiciaire adapté ;
 - Les dispositifs ont la capacité de fédérer une diversité de partenaires et d'organiser l'orientation des femmes, pour leur assurer l'accès à la diversité des prestations dont elles ont besoin ;
 - Les dispositifs doivent répondre, vu leur vocation spécialisée, à un objectif de couverture territoriale des besoins des femmes, au-delà de la seule zone d'attractivité « naturelle » de l'établissement de santé porteur du projet.
- Pour répondre aux besoins énoncés ci-dessus, **plusieurs configurations d'organisation sont possibles**, notamment en termes de rattachement : le dispositif peut être piloté par un service d'urgences (lorsque l'activité de celui-ci est compatible avec l'approche spécifique requise ici), un service de gynécologie-obstétrique ou une UMJ, selon l'orientation prioritaire du projet. Le rattachement peut être unique ou multiple.
- Les prises en charge s'effectuent dans le **cadre de protocoles et d'organisations formalisées avec les acteurs partenaires**, qui permettent de ne pas réitérer lorsque cela est possible les consultations et examens demandés aux femmes, et qui favorisent la spécificité de l'approche et la compétence des professionnels mobilisés face à ces situations particulières.
- Les dispositifs s'engagent à **recueillir les données nécessaires à l'évaluation** qualitative et quantitative du dispositif et notamment à l'identification des files actives prises en charge et de l'activité spécifique réalisée (séjours, nombre de consultations, etc.), dans le cadre d'un rapport activité remis annuellement à l'ARS.

- Un **temps d'échange interne au dispositif**, réunissant au moins une fois par an ses principaux contributeurs est mis en place, en vue d'échanger sur son fonctionnement et ses points éventuels d'amélioration.
- Une **analyse des pratiques professionnelles** est organisée une à deux fois par an sur des prises en charges anonymisées, aux fins d'amélioration des pratiques.

4.3 Organisation externe

- Le dispositif s'appuie sur une **organisation concertée** avec d'autres services de l'établissement et partenaires extérieurs des champs sanitaire, médico-social, social et judiciaire notamment, garantissant :
 - La lisibilité des ressources mobilisables,
 - L'effectivité des orientations
 - La réactivité des professionnels sollicités (délais de prise en charge),
 - La transmission des informations nécessaires à la qualité de prise en charge des patientes, etc.
- Les dispositifs identifient les acteurs du territoire susceptibles de contribuer aux parcours des femmes victimes et **définissent et formalisent leurs liens** avec ceux-ci :
 - Dans le champ sanitaire et médico-social, pour la mise à disposition de compétences spécialisées (cf. supra 3.1). Il conviendra ainsi de veiller au partenariat d'une part avec le dispositif de prise en charge des addictions, tant sanitaire que médico-social au regard de la prévalence des problématiques d'addictions dans le champ des violences au sens large, ainsi que les partenaires du champ du handicap au regard de la plus grande vulnérabilité aux violences des femmes vivant avec un handicap,
 - Dans le champ médico-judiciaire, pour faciliter le dépôt de plainte pour les femmes qui le souhaitent,
 - Dans le champ social, pour organiser l'accompagnement social adapté des femmes (accès à un logement d'urgence, aide à la garde d'enfants, soutien de la parentalité, éducation à la santé sexuelle et reproductive, conseil conjugal, etc.).
 - Le lien devra également être fait avec les structures de prise en charge des enfants victimes de violences pour assurer la réponse à leurs besoins identifiés au décours de la prise en charge de la mère victime.
- Les conventions établies avec ces partenaires garantissent **l'application de protocoles concertés** de prise en charge des femmes victimes, la bonne transmission des informations les concernant ainsi que la continuité des parcours.
- L'établissement siège du dispositif **informe l'agence régionale de santé** de l'organisation territoriale retenue, dans un objectif de couverture territoriale la plus large possible du dispositif et de lisibilité de l'offre pour les professionnels et les femmes victimes.

5- Modalités d'organisation pour l'identification de nouveaux dispositifs

- L'ARS peut procéder par appel à candidatures régional pour procéder à la sélection des projets qui seront accompagnés financièrement.
- Les critères pris en compte pour la sélection des structures portant les dispositifs dédiés devront notamment concerner :

- L'implantation géographique de la structure dans une zone actuellement non pourvue et sa réponse à des besoins particuliers de la population,
- La complétude de l'offre de soins proposée par la structure et sa capacité à coordonner la prise en charge pluridisciplinaire au sein de la structure et en lien avec le reste des acteurs, et ainsi à contribuer à une meilleure accessibilité et lisibilité de l'offre sur le territoire,
- La capacité à contribuer à l'animation et à la montée en compétences des professionnels de santé sur le territoire,
- L'organisation du dispositif (protocoles définis, conventionnement adaptés, etc.),
- Le partenariat constitué avec les acteurs non hospitaliers pour la prise en charge non sanitaire et l'accompagnement des femmes.