



MAIRIE DE PARIS 

Observatoire parisien des violences faites aux femmes
Mission égalité intégration inclusion
Direction démocratie citoyens territoires

Les ACTES de la Journée de rencontre interprofessionnelle

Paris - 19 novembre 2015

L'Observatoire parisien des violences faites aux femmes (OPVF), créé le 24 novembre 2014 par Hélène Bidard, adjointe à la Maire, chargée de l'égalité femmes-hommes, de la lutte contre les discriminations et des droits humains, porte plusieurs missions : la coordination des actions de protection et d'accompagnement des victimes, la sensibilisation du public, la formation des professionnel-les, l'établissement de diagnostics territorialisés et la prévention des violences. Il a vocation à travailler en réseau avec l'ensemble des acteurs et actrices qui sont amené-es à intervenir sur ce sujet.

La période du 25 novembre, moment fort pour cette première année de fonctionnement de l'Observatoire des violences, a été l'occasion de proposer aux actrices et acteurs des différentes institutions et associations de partager leurs connaissances et de consolider une culture commune, garante de partenariats fructueux, lors d'une Journée de formation inter-professionnelle.

La matinée a permis de faire le point sur **les dispositifs existants à Paris et sur les travaux en cours** de l'OPVF, en présence des institutions concernées.

Le focus de l'après-midi sur **les conséquences des violences sur la santé physique et psychologique** avait comme objectif de :

- ✓ **mieux repérer**, le plus en amont possible à travers les signaux liés à la détresse, les troubles psychologiques et les comportements parfois incohérents des personnes victimes.
- ✓ **mieux identifier** les intervenant-es vers lesquels orienter les personnes après qu'un travail d'accueil, d'écoute et d'accompagnement aura été fait.

70% des femmes ayant subi des violences graves au sein du couple et **78%** de celles ayant vécu un viol ou une tentative de viol déclarent que ces agressions ont causé des dommages psychologiques importants.

Ces troubles psychotraumatiques concernent également les victimes de maltraitance physique et sexuelle dans l'enfance, de violences sexuelles, de violences conjugales et de prostitution.

Les femmes ayant subi des violences sexuelles au cours des 12 derniers mois ont **26 fois plus de risque** de faire une tentative de suicide que celles qui n'ont pas été victimes.

Programme de la journée

Animation par Natacha Henry, historienne et journaliste

Matinée : 9h15 à 12h30

9h15 : *accueil café convivial*

9h40 : *ouverture* : Hélène Bidard , adjointe à la Maire, chargée de l'égalité femmes hommes, de la lutte contre les discriminations et des droits humains

10h : Edouard Durand : magistrat - juge aux affaires familiales, juge des enfants : Les violences faites aux femmes

10h20 : Les dispositifs existants : quelles avancées, quelles marges de progrès ?

- Sophie Brocas, Préfète, Secrétaire général de la Préfecture de région Ile-de-France, Préfecture de Paris : La loi du 4 août 2014, ses effets
- François Molins, Procureur de la République : Le téléphone grave danger
- Anne Dupuy, Vice-Présidente, coordonnatrice JAF, Tribunal de Grande Instance de Paris : L'Ordonnance de protection, la progression à Paris
- Maudy Piot, Femmes pour le dire, femmes pour agir : Un nouveau numéro d'écoute pour les femmes handicapées, victimes de violences

Le cabinet du préfet de Police n'a pas pu se rendre disponible du fait des attentats du 13 novembre et s'est excusé.

11h30 : Théâtre-forum : Compagnie Féminism'enjeux

12h00 : Christine Guillemaut, en charge de l'OPVF : Un point sur les thématiques prioritaires 2016 de l'OPVF

12h15 : Ernestine Ronai, administratrice de la MIPROF : Le rôle et la fonction d'un Observatoire des violences faites aux femmes. MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains.

Après-midi 14h - 17h

14h00 : Les conséquences des violences sur la santé physique et psychologique.

Muriel Salmona, psychiatre, experte sur les troubles liés au stress post-traumatique, Présidente de l'*association* Mémoire traumatique et victimologie, directrice de l'enquête sur « l'impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte » (2014).

15h45 : les acteurs et actrices de la prévention et de l'accompagnement

- Marie-France Casalis, formatrice au Collectif féministe contre le viol : « Pourquoi ne repère-t-on pas assez les femmes victimes de violences ? »
- Gérard Lopez, psychiatre, expert près les tribunaux, co-fondateur de l'Institut de victimologie et du Centre du psychotrauma : « Comment se construit un parcours de soin ? »
- Gaëlle Abgrall, cheffe de service et Stéphanie Akhounak, cadre de santé à l'AP-HP, Hôpital Tenon, consultation d'aide aux victimes de psychotraumatisme et de maltraitance : « Un accompagnement spécialisé »

Carole Damiani, psychologue, Directrice de Paris Aide aux victimes a été retenue (Accueil des victimes des attentats de Paris) et n'a pas pu participer à la rencontre.

16h50 : Conclusion de la journée par Perrine Dommange, cheffe du Service égalité intégration inclusion, Direction démocratie citoyen-nes territoires de la Ville de Paris.

Galerie de photos



La journée en synthèse

La proximité des attentats de Paris, dans le temps - 5 jours seulement se sont écoulés depuis le 13 novembre - et dans l'espace - le Palais de la femme est situé juste en face du café de la Belle Equipe, rue de Charonne, l'une des cibles des attentats - ont donné à cette journée une tournure et une émotion particulière, face à une assemblée nombreuse (352 personnes), composée pour moitié d'agent-es de la Ville/Département de Paris, et pour l'autre moitié de membres d'associations, de personnels de l'APHP ainsi que quelques policiers.

La Matinée

Ouverture **Hélène Bidard**, Adjointe à la Maire de Paris chargée de l'égalité femmes-hommes, de la lutte contre les discriminations et des droits humains

Monsieur François Molins, procureur de Paris,
Mme Sophie Brocas, Préfète de Paris,
Mme Ernestine Ronai, coordinatrice nationale de la MIPROF
Mesdames et messieurs les élu-e-s,
Mesdames, Messieurs,

Pour commencer, je voudrais rendre hommage aux victimes et à leurs familles, aux blessés, à celles et ceux qui sont encore aujourd'hui dans un état critique, aux habitants des quartiers touchés qui sont sous le choc après les attentats du 13 novembre dernier. Je pense aux habitants de mon arrondissement, le 11^{ème}, qui ont vécu dans l'année deux épisodes de terreur et de profonde tristesse. Je sais que nous partageons une immense tristesse, de la colère, du dégoût. Toutes ces émotions doivent renforcer notre détermination face à un tel événement tragique.

Dans ces moments terribles, les agentes et agents des services publics ont été indispensables dans l'accueil et les soins des victimes et de leurs familles : agents de la ville, des hôpitaux, de la police et de la justice. Je tiens ici à vous remercier, personnels des services publics, qui êtes tout de même venus aujourd'hui. Cela conforte autant l'idée que nous avons besoin de service public de qualité pour garantir, dans les mauvais comme dans les bons moments de la vie, l'accès aux soins, à la sécurité, aux droits de tous les Parisiennes et Parisiens.

Il y a bien entendu eu aussi les milliers d'anonymes qui ont réagi avec courage apportant les premiers secours ou ouvrant leurs portes à celles et ceux qui ne pouvaient rejoindre leur domicile. Les centaines d'autres qui sont allés donner leur sang les jours d'après. Tous ces gestes de solidarité doivent nous porter à construire des actions visant à la solidarité, à la paix, la liberté, pour que notre cité reste ce qu'elle est, cette ville-creuset où tant de personnes différentes vivent ensemble.

Il y a un an, le 24 novembre 2014, nous lançons ensemble, avec Anne Hidalgo, ***l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes*** (OPVF) lors d'une soirée à l'espace Reuilly qui a permis de témoigner de l'état d'esprit de notre observatoire : collectif, rassemblé, mobilisé, toutes et tous ensemble.

Ses objectifs sont la coordination des actions de protection et d'accompagnement des victimes, la sensibilisation du public, la formation des professionnel-les, l'établissement de diagnostics territorialisés et la prévention des

violences. Il a vocation à travailler en réseau avec l'ensemble des acteurs et actrices qui sont amené-es à intervenir sur ce sujet.

Le 1^{er} avril 2015, nous avons tenu le 1^{er} **comité de pilotage** qui a permis de recueillir les besoins et attentes des partenaires. Le premier axe qui est revenu est celui de la constitution d'une culture commune par le biais de temps de formation interprofessionnelle. L'ensemble des acteurs et actrices doivent pouvoir être outillés pour mieux repérer, accueillir, orienter les femmes victimes de violences. Je tiens ici à remercier les équipes de l'APHP qui ont fait en sorte que de nombreux personnels puissent être présents avec nous et je tiens à les saluer ici.

Ce temps partagé est un bon moyen de favoriser l'interconnaissance entre professionnels, membres d'associations, agents de structures aboutissant à la mise en réseau. Et, j'espère, à des partenariats fructueux dans l'intérêt des femmes victimes de violences.

Face à un phénomène si complexe et intégré dans notre société, il nous faut agir de manière efficace et partenariale. La semaine prochaine, autour de la journée du 25 novembre, nous entendrons avec effroi, les chiffres du nombre de femmes mortes et victimes de viols ou de harcèlement.

Les violences prennent des formes très variables et dans tous les domaines de la vie, violences conjugales, viols et agressions sexuelles, harcèlement sexiste et sexuel au travail, violences spécifiques telles que mariage forcés et mutilations sexuelles féminines. Elles s'inscrivent dans un continuum des violences faites aux femmes. Elles sont le symptôme terrible d'une société où perdurent les inégalités entre femmes et hommes. C'est en cela que, pour agir en faveur des droits des femmes, il est essentiel de lutter en premier lieu contre les violences faites aux femmes.

On ne pourra les faire reculer que si on les sort de l'ombre de la sphère intime dans laquelle elles sont généralement reléguées, pour les rendre visibles et pour les combattre politiquement dans le cadre d'un projet de société d'égalité. Il est indispensable d'agir collectivement pour rendre visible l'ampleur des violences, leurs mécanismes et le parcours des victimes, pour dégager des pistes d'action utiles à la construction d'une politique publique efficace.

L'objectif doit être clair et partagé: les actions pour lutter contre les violences faites aux femmes ne peuvent plus attendre ni être reléguées au second plan. Je sais pouvoir compter sur vous, sur la mobilisation de l'exécutif parisien et des mairies d'arrondissement, sur nos partenaires et les associations dans cet objectif. Nous avons déjà des expériences intéressantes de partenariats qui vous seront présentées tout au long de la journée. Je pense par exemple au dispositif du *Téléphone grand danger* (TGD) qui est porté de manière extraordinaire et efficace par le Procureur François Molins.

Vous aurez ensuite une présentation des avancées gagnées par *la loi du 4 août 2014*, qui pose des cadres importants, qui sera faite par Sophie Brocas, préfète de Paris et alliée essentielle pour la promotion des droits des femmes à Paris. En fin de matinée, nous aurons l'apport d'Ernestine Ronai qui nous accompagne depuis un an dans notre travail de constitution de notre observatoire et je tiens à la remercier d'être là.

Je tiens à remercier nos intervenantes et intervenants qui nous permettront de monter en compétence et de comprendre les mécanismes des violences faites aux femmes.

Et enfin je tenais à saluer le travail des associations venues nombreuses également, qui font un travail formidable au quotidien, qui peinent souvent mais jamais ne lâchent dans l'intérêt des femmes.

Je vous souhaite une fructueuse journée de formation. Je vous remercie.

Edouard Durand est magistrat. Il a été juge aux affaires familiales, juge des enfants, ainsi que juge au tribunal correctionnel et dans les cours d'assises. Il a été jusqu'en 2015 chargé de formation à l'École nationale de la magistrature. Il est aujourd'hui conseiller à la cour d'appel d'Orléans, secrétaire général de la première présidence et conseiller au sein de la chambre des mineurs.

L'exercice de ses fonctions de juge l'a amené à faire deux constats : 1) la **fréquence importante** (au civil et au pénal) **des violences conjugales envers les femmes et les enfants** ; 2) la manière dont les professionnels et la société **peuvent rejeter sur la victime la responsabilité des violences**, alors qu'elle subit des faits violents et qu'elle devrait être soutenue.

Sa réflexion prend ses sources chez Françoise Héritier et chez Hanna Arendt, ce qui le conduit à poser que les violences conjugales viennent perpétuer ce rapport de symétrie et d'asymétrie dans la famille en perpétuant un régime de domination du père, du mari, de l'homme sur la mère, la femme, l'épouse et sur les enfants.

L'un des points d'orgue de son travail porte sur l'impact très grave des violences conjugales sur les enfants. « Les pédopsychiatres, les sociologues, les professionnels du champ social sont en mesure de nous dire aujourd'hui combien les violences conjugales affectent gravement le bien-être et le développement de l'enfant. Prendre conscience de ça, c'est exiger pour nous d'agir pour la protection de l'enfant. Mais le risque, c'est d'oublier cette proposition initiale de la protection indissociable de la mère et de l'enfant ».

Il reprend de Patrizia Romito une image de trois planètes - a, b et c - dont les logiques sont différentes et non coordonnées :

- Sur la planète a, les violences conjugales sont considérées comme des « crimes sexuels », exercés par les hommes sur les femmes, qui s'inscrivent dans une perspective de genre et relèvent de la police et la justice.
- Sur la planète b, la protection de l'enfance (neutre au regard du genre) se rapporte à la notion de « famille abusive » et a tendance à ignorer les violences conjugales. C'est à la mère qu'il revient de protéger les enfants en s'éloignant du parent violent et si elle ne le fait pas, elle manque à son devoir de protection et se voit pénalisée (elle peut perdre la garde des enfants).
- Sur la planète c, on s'occupe des contacts entre les parents et les enfants après la séparation, avec comme principale motivation, la « responsabilité parentale » et le souci de ne pas priver les pères de leur droit. La mère peut être contrainte de se soumettre au droit de visite du père, quelle que soit la situation de violence. La question de la violence n'entre pas dans le champ de vision sur cette planète. Un père peut être un conjoint violent et cela n'a aucune incidence sur les décisions prises.

Que dire alors de la circulation d'informations entre ces trois planètes qui semblent, à l'heure actuelle, appartenir à trois galaxies qui s'ignorent mutuellement ? Dit autrement, l'application incohérente de ces différents champs du droit est susceptible de renforcer le danger dans lequel se trouvent déjà la mère et l'enfant, victimes des violences conjugales.

Edouard Durand a participé à un ouvrage dirigé par Karen Sadlier, Psychologue spécialisée sur la question des enfants exposés aux violences conjugales : « Violences conjugales : un défi pour la parentalité », Collection Enfances, Dunod. En novembre 2013, il publie chez l'Harmattan, catégorie « Sciences criminelles », un ouvrage : « Violences conjugales et parentalité : Protéger la mère, c'est protéger l'enfant » préfacé par Ernestine Ronai.

Une présentation de son travail est à écouter sur : <https://www.youtube.com/watch?v=Lbk5dGdzV6s>
ou à lire sur : <https://dominiqueferrieres.wordpress.com/tag/edouard-durand/>

❖ **Une séquence a ensuite permis de faire le point sur les dispositifs existants et de mesurer les avancées et les marges de progrès :**

Sophie Brocas, Préfète, Secrétaire général de la Préfecture de région Ile-de-France, Préfecture de Paris, a évoqué le premier bilan de la loi du 4 août 2014 sur l'égalité réelle

Les avancées de la loi du 4 Aout 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes

La préfecture de Paris est engagée aux côtés de la ville pour faire reculer toutes les formes de violences et le 25 novembre est l'occasion de rappeler à la société l'ampleur du phénomène. Il y a un an, la Maire de Paris lançait la création de *l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes*, depuis la question de l'égalité entre les femmes et les hommes est un sujet sur lequel nous sommes mobilisés conjointement autour du *Pacte de lutte parisien contre la grande exclusion*, du *Contrat parisien de prévention et de sécurité* et du *Contrat de ville Parisien*.

Le *4ème plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016* met en pratique des principes d'action simples et structurants : aucune violence déclarée ne doit rester sans réponse ; renforcement des mesures et outils de protection de la victime ; mobilisation de toute la société contre les violences à travers la prévention et de sensibilisation, à l'école, à l'université, dans les médias, sur internet, dans le sport et dans l'espace public.

Pourquoi *la loi 4 Aout pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes* ? Parce que l'égalité réelle reste à conquérir c'est une construction législative progressive

Nous avons désormais, deux objectifs: **assurer l'effectivité des droits acquis** et agir sur les mécanismes **culturels et structurels des inégalités**.

- Une loi transversale : pour la première fois sont déterminés les principes et objectifs d'une approche intégrée de l'égalité, applicable à toutes les collectivités publiques
- Le fruit d'une méthode de travail interministérielle, rendue possible par la mobilisation de l'ensemble du gouvernement

Cette loi couvre les domaines suivants : l'égalité professionnelle, la lutte contre la précarité, la parité, et enfin la lutte contre les violences faites aux femmes qui nous intéresse plus particulièrement aujourd'hui : **la protection des femmes contre les violences titre III (art. 32 à 58)**.

Quelques chiffres : le 3919 violences femmes info est depuis le 1 janvier 2014 le numéro national de référence d'écoute téléphonique et d'orientation à destination des femmes victimes de violences de leur entourage et de professionnels : **29% des appels proviennent de la région Ile de France dont 6% du département de Paris. 93% des appels concernent des violences conjugales.**

L'enquête nationale sur les morts violentes au sein du couple 2014 du Ministère de l'intérieur montre que 118 femmes sont décédées en une année victimes de leur compagnon ou ex compagnon (121 en 2013) dont 4 à Paris.

De plus, en moyenne chaque année, 83 000 femmes âgées de 18 à 59 ans (contre 13 000 hommes) se déclarent **victimes de viols ou de tentatives de viols** par une personne qu'elles connaissaient pour 83 %

d'entre elles. Seules 11 % auraient porté plainte. Nous avons signé l'année dernière en présence des ministres concernés la convention relative au suivi des mains courantes.

Pour protéger les femmes victimes de violences :

- L'ordonnance de protection est renforcée et sa durée prolongée de 4 à 6 mois.
- L'éviction du conjoint violent du domicile du couple devient la règle.
- Le téléphone « grand danger » (TGD), déjà expérimenté à Paris depuis 2012 est généralisé dans toute la France pour protéger les victimes de violences conjugales ou de viols
- La législation sur la lutte contre le harcèlement et les violences sexuelles est renforcée, notamment dans l'armée et à l'université.
- Pour prévenir la récurrence, des stages de responsabilisation des auteurs de violences conjugales sont prononcés, en peine complémentaire ou alternative. Sur Paris ces actions sont soutenues au titre du FIPD
- Les femmes étrangères victimes de violences seront aussi mieux protégées avec notamment une exonération des taxes et droits de timbre lors de la délivrance et du renouvellement du titre de séjour, et la prévention du mariage forcé est renforcée. C'est un axe prioritaire du contrat de prévention et de sécurité.
- Un délit de harcèlement est créé pour englober tous les cas de harcèlement (sur internet, dans la rue...) auparavant uniquement envisagée sous l'angle de la vie conjugale ou professionnelle. La loi précise aussi la notion de harcèlement psychologique et moral dans le couple et au travail.

Un plan national de lutte contre les violences sexistes et sexuelles dans les transports a été lancé autour de 3 priorités : Prévenir Agir et Accompagner.

Enfin, la question de la **formation des professionnels** est inscrite dans la loi puisqu'elle prévoit que la formation initiale et continue des différents professionnels concernés doit comporter une formation sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes ainsi que sur les mécanismes d'emprises psychologiques (médecins personnels médicaux travailleurs sociaux, personnel enseignant...).

Au final, nos objectifs :

Partager les bonnes pratiques en matière de repérage des femmes victimes de violences,
Sensibiliser les jeunes pour lutter contre toutes formes de violences sexistes,
Maintenir le niveau de partenariat actuel entre les associations et les services de l'Etat, autour de la
Commission d'action départementale de lutte contre les violences faites aux femmes.

François Molins, Procureur de la République, a d'abord évoqué la politique pénale à Paris. Le parquet de Paris conduit en effet une politique pénale axée sur la fermeté de la réponse pénale. Cette politique pénale est formalisée dans des instructions adressées par le procureur à l'ensemble des magistrats relevant de son autorité : comparution immédiate, convocation par procès-verbal, alternative aux poursuites pour des premiers faits et de moindre gravité. Il n'est jamais recouru à la médiation pénale.

Concernant le TGD, le procureur a rappelé que le dispositif, intitulé au départ « **Femmes en très grand danger (FTGD)** » puis « **Téléassistance grave danger** » (TGD) a été mis en place à Paris en juillet 2012. Il vise à renforcer la protection des femmes victimes de violences conjugales, en grand danger demeurant à Paris, et à faciliter le secours et l'assistance grâce à un dispositif d'alerte leur permettant d'aviser et de susciter l'intervention rapide des services de police. Il s'agit d'assurer, selon

des critères définis, une protection à ces personnes. Ce système de protection les dote, sur décision du Procureur de la République, d'un téléphone portable leur permettant d'accéder aux services de police par un circuit dédié : un système d'alerte court et rapide, accessible 7jours/7, 24heures /24.

Il a précisé qu'entre Juillet 2012 et octobre 2015, **39 téléphones ont été attribués à des femmes victimes de violences**, séparées du conjoint violent, dont 10 téléphones attribués depuis le 1^{er} janvier 2015, et que 16 téléphones sont actifs fin octobre 2015. Beaucoup de situations nécessitent de prolonger la durée d'attribution, de 6 mois supplémentaires et parfois plus encore, car le danger persiste et la situation n'est pas encore stabilisée.

Le procureur a encouragé les services sociaux et les associations à ne pas hésiter à présenter des situations qui relèvent du Très grand danger. Il convient ainsi de se mettre en contact avec le CIDFF de Paris qui procède à l'évaluation de la situation avant de transmettre au procureur une demande de TGD. Le procureur prendra sa décision au vu du dossier. Ainsi des issues dramatiques pourront être évitées.

Rappelons que le nombre de femmes assassinés par leur conjoint reste important en France à ce jour (à Paris, 14 femmes sont décédées entre 2010 et 2014 : NDLR).

Contact : CIDFF DE PARIS

17 rue Jean Poulmarch 75010 Paris - **01 83 64 72 01** - femmesinfo@cidffdeparis.fr

Lundi au vendredi de 10h à 12h30 et de 13h30 à 17h30 (fermé le vendredi après-midi)

Puis le procureur a évoqué rapidement **la convention de suivi des mains-courantes**, signée à Paris en novembre 2014 et dont les effets tardent à se faire sentir, pour des raisons diverses dont celles liées au contexte parisien qui a fortement mobilisé les services de police en début d'année, du fait des attentats de janvier 2015.

Le cabinet du préfet de Police n'a d'ailleurs pas pu se rendre disponible ce jour du fait des attentats du 13 novembre et s'est excusé.

Les enquêtes de victimation mettent en exergue que **seules 10 % des victimes de violences dans le couple déposent plainte**. Pour améliorer le taux des révélations auprès des services enquêteurs et pour lutter contre l'impunité des auteurs, la mesure 1-1 du 4^{ème} plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016 édicte le principe que **toute violence déclarée doit faire l'objet d'une réponse pénale et sociale**.

Ainsi, un protocole cadre conjoint établi par les ministres de la Justice, de l'intérieur et des droits des femmes **réaffirme le principe du dépôt de plainte** lorsqu'une victime de violences au sein du couple se présente dans un service de police ainsi que le caractère exceptionnel des mains courantes. Ce protocole-cadre interministériel organise les conditions de recours, d'établissement, d'exploitation et de transmission des mains courantes (MC) à l'autorité judiciaire ainsi que de l'aide proposée à la victime.

Cette aide est apportée, avec l'accord de la victime, par les intervenants sociaux en commissariat de police et par les associations, qui reprennent contact avec la victime pour l'aider à faire le point sur sa situation et pour l'accompagner dans ses démarches.

A ce jour un petit nombre de mains-courantes ont été traitées par les services de police mais le nombre va croissant et une organisation se met peu à peu en place pour rendre ce dispositif effectif.

Anne Dupuy, Vice-Présidente, coordonnatrice JAF, Tribunal de Grande Instance de Paris, a évoqué la progression à Paris de l'Ordonnance de protection.

Rappel : Lorsqu'une personne est victime de violences au sein du couple (personnes mariés, concubins, pacsés ou ex concubins) et qu'elle-même et/ou les enfants sont en danger, le juge aux affaires familiales, saisi par la personne en danger, peut délivrer en urgence **une ordonnance de protection (OP)**. L'OP permet de mettre en place des mesures pour éloigner le partenaire ou l'ancien partenaire violent. Elle vise notamment à interdire à l'auteur des violences de s'approcher de la victime et de porter une arme. Elle statue sur la résidence séparée des époux, attribue la jouissance du logement à la victime, se prononce sur l'exercice de l'autorité parentale, etc.

Anne Dupuy a précisé qu'il y a eu **185 nouvelles affaires en 2014**, contre 150 en 2013, 140 en 2012 et 122 en 2011, ce qui indique une progression certaine de cette mesure, pour laquelle 96,8 % des demandeurs sont des femmes.

Sur ces 185 nouvelles affaires, **179 ordonnances ont été rendues en 2014**. La part des décisions accordant l'ordonnance de protection a représenté 54 %, soit une augmentation par rapport à 2013 et 2012 (respectivement 51 et 52%). Le taux de rejet de la demande est de 28 %. La part des désistements, caducités et radiations est quant à lui passé de 21 % en 2013 à 17,9 % en 2014.

Quelles sont les mesures ordonnées par le juge aux affaires familiales :

- Dans 91,7 % des ordonnances de protection faisant droit à la demande, une mesure d'interdiction d'entrer en contact avec la victime de violence est prononcée. Dans environ 12 % des dossiers, cette interdiction concerne également des enfants mineurs.
- L'interdiction de porter une arme a été prononcée dans 12,3 % des dossiers et la dissimulation d'adresse dans 9,2 % des ordonnances de protection rendues.
- Dans 66 % des situations, le logement abritant le couple a été attribué à la victime des violences conjugales et jamais au défendeur. Dans les autres dossiers, aucune demande n'a été formulée en ce qui concerne le logement.
- Dans 76 ordonnances de protection sur les 97 faisant droit à la demande, des enfants mineurs sont concernés. Dans deux dossiers, les enfants ont été placés par le juge des enfants en raison des violences conjugales. Dans deux autres dossiers, le juge des enfants est saisi en assistance éducative.

Pour les enfants mineurs concernés

S'agissant du temps de résidence au domicile du parent qui n'a pas la résidence habituelle de l'enfant (toujours le « défendeur » en matière d'ordonnance de protection), la tendance est très majoritairement à la limitation des droits, ce qui apparaît en cohérence avec les violences et le danger dont la preuve de la vraisemblance est retenue et dont il convient de préserver les victimes conjoints et enfants.

Anne Dupuy a rapidement évoqué la mise en place prochaine de la **MAP (mesure d'accompagnement protégé)** à Paris, en partenariat avec la CAF, la Ville et la Préfecture de Paris. Cette mesure viendrait s'ajouter au panel existant : droit de visite et d'hébergement « classique » (25 % des OP en 2014), droit de visite « simple » (12 % des dossiers) et droit de visite en espace de rencontre (48 % des dossiers).

Maudy Piot, Présidente de l'association « Femmes pour le dire, femmes pour agir » (FDFA), a clôt cette séquence en présentant un **nouveau numéro d'écoute pour les femmes handicapées, victimes de violences**.

Le 6 mars 2015, l'association FDFA a lancé une plateforme d'écoute inédite à l'intention des femmes en situation de handicap et victimes de violences et de maltraitements. Ces femmes ont besoin que vous soutenez leur cause en diffusant ce numéro dans vos institutions, organismes, établissements et associations.

Fondée en 2003, l'association a pour objet de promouvoir la place de la femme en situation de handicap, quelle que soit sa singularité, dans la société. Elle organise des journées de rencontres et de réflexion autour de thèmes liés à la femme et au handicap. Le but de l'association est de lutter contre la double discrimination d'être femme et d'être handicapée.

Maudy Piot a rappelé que **quatre femmes handicapées sur cinq sont victimes de violences** ! La mise en place de cette Écoute Violences Femmes Handicapées permet de répondre à ces violences qui restent encore trop souvent enfermées dans le silence. « *Ce qui est inédit, c'est que ce numéro ne fournit pas une simple écoute, c'est un chemin vers l'indépendance et l'autonomie* »

Numéro « Ecoute violences femmes handicapées » : 01 40 47 06 06

Permanences et activités : 2, rue Aristide Maillol - 75015 PARIS -

www.femmespourledire.asso.fr

Muriel Naessens : Compagnie Féminism'enjeux

FéminismEnjeux est une association qui pratique la méthode du **Théâtre de l'Opprimé** pour lutter contre l'oppression faite aux femmes. Les objectifs sont : donner la parole aux opprimé-e-s, devenir actrices et acteurs de changement, lutter contre les rapports sociaux de sexe inégalitaires et permettre la **prévention des violences sexistes**.

Pour en savoir plus : <http://feminisme-enjeux-theatre-opprime.over-blog.com/>

Muriel Naessens nous a quittés ce jeudi 11 février. Il y a moins de trois mois, elle était devant nous, avec sa fougue et sa conviction enracinée. La compagnie Féminis'enjeux qu'elle dirigeait a animé de très nombreuses séquences de Théâtre forum, auprès de jeunes, filles et garçons, et auprès de professionnelles. La compagnie est orpheline et Muriel manquera au paysage de l'éducation à l'égalité filles garçons et de la lutte contre les violences faites aux femmes.

Christine Guillemaut, en charge de l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes (OPVF) présente les thématiques prioritaires 2016.

Le comité de pilotage de l'OPVF s'est réuni pour la 1^{ère} fois le 1^{er} avril 2015, sous l'égide d'Hélène Bidard. Ses objectifs s'appuient sur ceux du 4^{ème} Plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016, qui précise, dans son axe 3, que la création d'observatoires territoriaux est encouragée car « l'efficacité de la lutte contre les violences faites aux femmes et de la prise en charge des victimes implique une coordination des différents acteurs intervenants sur ces sujets » (1).

L'OPVF s'inscrit en partenariat avec la *Commission départementale de lutte contre les violences faites aux femmes* de Paris (pilotage par la Préfecture). Il a, dans sa feuille de route, **trois thématiques prioritaires** pour 2015-2016, qui sont : 1. L'hébergement et le logement, 2. La question des enfants exposés aux violences conjugales et 3. Les impacts des violences sur la santé physique et psychologique

1. Sur la 1^{ère} thématique, **hébergement et le logement**, il importe de prendre en compte les parcours des femmes victimes et de bien connaître les caractéristiques de la prise en charge dans les CHRS généralistes et spécialisés.

De façon qualitative, nous savons que chaque situation est singulière et que les scénarios possibles de sortie des violences sont diversifiés. L'accès à l'hébergement et au logement dépend de la situation, qui peut passer par un hébergement d'urgence (selon place disponible) puis en suite d'urgence dans l'un des 4 centres spécialisés (le PHARE, Louise Labé, Suzanne Képès, FIT), ou par un hébergement via le SAMU Social. La personne peut également rester au domicile (quand c'est possible et souhaité) avec une protection telle que le TGD. Certaines accèdent à une résidence sociale, d'autres au parc social ou au logement privatif, etc....

Ces parcours ont des conséquences variables en matière de logement et partant d'amélioration de la situation globale (santé, enfants, employabilité, etc). L'accompagnement des personnes est primordial, à tous les niveaux et quel que soit le parcours. On s'intéressera plus particulièrement à l'accompagnement au sein des structures d'hébergement généralistes et spécialisés.

Un groupe de travail est prévu le 15 décembre 2015, avec comme objectifs de faire le point sur les données quantitatives sur les possibilités d'hébergement/logement à Paris, d'examiner les parcours de femme victimes de violences et d'envisager un programme de travail pour 2016.

Enfin, la **formation des professionnel-les** des CHRS du CASVP, commencée à Paris en 2014, devrait se poursuivre en 2016.

2. **Pour la question** des enfants exposés aux violences conjugales, Les acteurs concernés s'accordent à dire qu'ils et elles sont démunis face à ces situations parfois dramatiques qui impliquent que :

Les violences d'un conjoint à l'encontre de l'autre atteignent et blessent les enfants qui en sont les co-victimes. Ces agressions entraînent de lourdes conséquences à tous les niveaux du développement des enfants, filles et garçons, et génèrent un certain stress préjudiciable à leur développement cognitif et pouvant se répercuter sur leur comportement dans les structures collectives (crèche, école, centre de loisir ...).

¹ - Voir le Plan interministériel 2014-2016 : <http://femmes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/les-plans-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/>

Les enfants se forment, dès le plus jeune âge et tout au long de leur développement, un système de représentations des rapports de sexe entachés de violence qu'ils peuvent considérer comme la norme, ce qui risque grandement d'interférer plus tard dans leur vie d'adulte. De plus, ces enfants sont parfois le « révélateur » des violences qui se déroulent dans le huis clos de la famille et, par leur comportement à la crèche ou à l'école donne des indications aux intervenants sociaux sur ce qui se passe à la maison.

Il importe d'améliorer le processus d'accueil et d'accompagnement des victimes dans une approche globale qui inclut la question des enfants exposés aux violences. **Pour ce faire, un partenariat** avec le Bureau des JAF (juges aux affaires familiales), la CAF, la Préfecture de Paris devrait aboutir en 2016 à la mise en places de la MAP (Mesure d'accompagnement protégé). Cette mesure, expérimentée en Seine St Denis depuis 3 ans, vise à permettre l'exercice du droit de visite du « parent non gardien » (*le plus souvent le père*), dans un contexte de **violences conjugales**, sans qu'il y ait de contact entre les deux parents et dans un cadre sécurisé pour l'enfant. Elle vise à protéger, à la fois les enfants exposés aux violences conjugales et le parent victime de ces violences (*le plus souvent la mère*).

La mesure permet une alternative dans la réponse apportée dans les situations où existent les violences conjugales, entre le droit de visite exercé sans garde-fou et l'usage des lieux de visite médiatisées en présence d'un tiers. Cette mesure, atypique, s'inscrit à mi-chemin entre **la prévention des violences et la protection de l'enfance**. Cette question est d'ailleurs inscrite dans le **Schéma départemental d'aide à l'enfance** en cours de finalisation à Paris.

3. Les impacts des violences sur la santé physique et psychologique vont être abordés de façon précise durant la séance de l'après-midi, en présence de divers intervenants de qualité.

A la suite, un groupe de travail se réunira pour contribuer à développer les outils de la prise en charge des et de l'accompagnement des personnes-victimes. Cette thématique fera sans aucun doute l'objet d'une formation plus approfondie.

En plus de ces trois axes, un travail sur l'évaluation du danger est en cours dans l'objectif de mettre au point d'un outil partagé entre la Justice, la Police et les acteurs sociaux. Cet outil sera proposé à l'expérimentation dès début 2016.

Enfin, l'OPVF porte et participe à un programme de formation 2016 :

- Formation primo-accueil face aux violences faites aux femmes : 4 ou 5 sessions par an
- Formation des professionnel-les des CHRS du CASVP : calendrier établi : janvier à juin
- Formation DASES des AS : 3 sessions : janvier, juin, novembre
- Formation mariages forcés : 1 session en mai/juin (bureau de la formation DASES)
- Formation MSF : 1 session en mai/juin bureau de la formation DASES).

Ernestine Ronai, administratrice de la MIPROF

La MIPROF (*Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains*) a été créée en 2012, sous l'impulsion de la Ministre des droits des femmes, Najat Vallaud Belkacem.

Ernestine Ronai a apporté un éclairage sur les interventions de la matinée, notamment sur le dispositif TGD qui a été créé en Seine St Denis par *l'Observatoire des violences faites aux femmes* qu'elle pilote et qui est en phase de généralisation dans de nombreux départements de France.

Elle a insisté sur le dispositif MAP (mesure d'accompagnement protégé), également expérimenté en Seine St Denis. Ce dispositif prend appui sur l'idée que « *protéger la mère c'est protéger l'enfant* » et a produit

des effets significatifs. E. Ronai se dit attentive au montage du projet à Paris dont les bases seront sans doute un peu différentes de celles du 93.

Elle revient ensuite sur le rôle et la fonction d'un *Observatoire des violences faites aux femmes*. Elle précise que l'efficacité de l'action repose notamment sur la qualité du partenariat entre les professionnel-le-s qui interviennent dans la prise en charge et l'accompagnement des victimes. Dans le souci de favoriser ce partenariat, le **4ème plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016)** adopté en novembre 2013 prévoit la création d'observatoires territoriaux.

Ces observatoires, créés à l'initiative d'acteurs locaux, sont définis comme des structures de partenariat entre les services des collectivités territoriales, les services de l'État implantés sur les territoires et les associations en lien avec les femmes victimes de violences. La MIPROF est chargée d'accompagner les collectivités territoriales souhaitant développer un observatoire territorial des violences faites aux femmes.

Pour conclure, elle signale que des outils sont accessibles sur le site de la MIPROF, notamment pour ce qui est de la formation des professionnel-les de santé et de l'action sociale, ainsi que des policier-es, la formation restant un levier incontournable pour avancer dans la prévention des violences faites aux femmes et dans l'accompagnement des femmes victimes.

Pour en savoir plus : <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/>

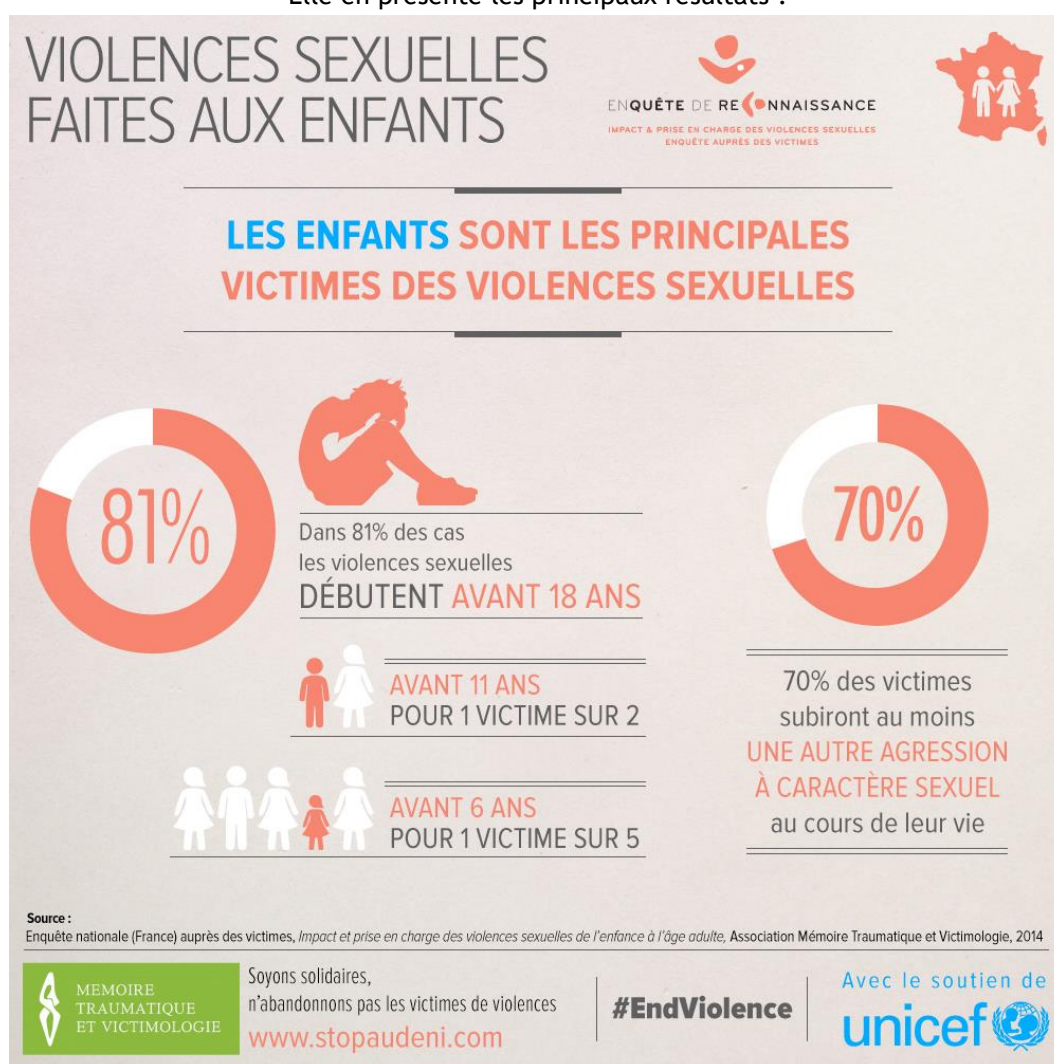
L'après midi

Le focus de l'après-midi porte sur **les conséquences des violences sur la santé physique et psychologique.**

Muriel Salmona, psychiatre, experte sur les troubles liés au stress post-traumatique, Présidente de l'association Mémoire traumatique et victimologie.

Muriel Salmona a dirigé une l'enquête sur « l'impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte » en 2014 (2).

Elle en présente les principaux résultats :



² - voir le rapport d'enquête : http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/doc_violences_sex/Synthese-Rapport2015-AMTV-Web.pdf



VIOLENCES SEXUELLES

QUI SONT LES AGRESSEURS?



Les agresseurs sont **DES HOMMES** dans 97% des cas



Les agresseurs sont **DES PROCHES** dans 91% des cas

LORSQUE LA VICTIME EST MAJEURE :



1 viol sur 2 est le fait d'un **PARTENAIRE**



Les violences sexuelles ont lieu **AU SEIN DU COUPLE** dans 58% des cas



1 victime sur 5 a été agressée **DANS LE CADRE DU TRAVAIL**

Enquête nationale auprès des victimes, *Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte*, Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2014.



VIOLENCES SEXUELLES

UN IMPACT IMPORTANT



1 victime de viol sur 2 a TENTÉ DE SE SUICIDER



Le risque de **TENTATIVE DE SUICIDE** est **7 fois plus élevé** chez les victimes de violences sexuelles que dans la population générale



71% des victimes déclarent **UN IMPACT IMPORTANT À TRÈS IMPORTANT SUR LEUR QUALITÉ DE VIE** lorsque l'agresseur est un partenaire



1 victime sur 2 s'est retrouvée en **SITUATION DE PRÉCARITÉ OU D'EXCLUSION SOCIALE** suite aux violences

Enquête nationale auprès des victimes, *Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte*, Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2014.



VIOLENCES SEXUELLES

DE LOURDES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ



Des **CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ MENTALE** pour **95% des victimes**



1 victime sur 2 est sujette à des **TROUBLES ADDICTIFS**



Des **CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ PHYSIQUE** pour **69% des victimes**



1 viol sur 12 entraîne une **GROSSESSE**



25% des victimes enceintes suite à un viol mènent **LA GROSSESSE À SON TERME**

Enquête nationale auprès des victimes, *Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte*, Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2014.



VIOLENCES SEXUELLES

LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE



78% des victimes **N'ONT PAS PU BÉNÉFICIER D'UNE PRISE EN CHARGE D'URGENCE**



Parmi les victimes de viol prises en charge en urgence, **84% N'ONT PAS BÉNÉFICIÉ D'UNE CONTRACEPTION D'URGENCE**



Un tiers des victimes **N'ONT PAS TROUVÉ DE PSYCHIATRE OU DE PSYCHOTHÉRAPEUTES FORMÉ-E-S** à la prise en charge des violences sexuelles



Les soins gynécologiques, dentaires et kinésithérapiques (manipulation du corps) sont **CONSIDÉRÉS COMME TRÈS ANXIOGÈNES** par les victimes

Enquête nationale auprès des victimes, *Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte*, Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2014.



Elle avait publié auparavant « **Le livre noir des violences sexuelles** » : Les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles sont énormes en termes de santé publique.

« Pour lutter contre les violences et leur reproduction de proche en proche, de génération en génération, il est temps que les "blessures psychiques" des victimes de violences et leur réalité neuro-biologiques soient enfin reconnues, comprises et réellement traitées. Il est temps de considérer enfin que ces "blessures psychiques" sont des conséquences logiques d'actes intentionnels malveillants perpétrés dans le but de générer le maximum de souffrances chez les victimes, et d'organiser délibérément chez elles un traumatisme qui sera utile à l'agresseur pour s'anesthésier et mettre en place sa domination ».

Les conséquences des violences sur la santé physique et psychologique.

La compréhension des mécanismes neuro-biologiques à l'origine des troubles liés au stress post-traumatique permettent de mieux comprendre les troubles d'apparence parfois paradoxale présentés par les victimes. Il s'agit de mécanismes psychologiques et neurobiologiques exceptionnels de sauvegarde exceptionnels qui se mettent en place lors du traumatisme.

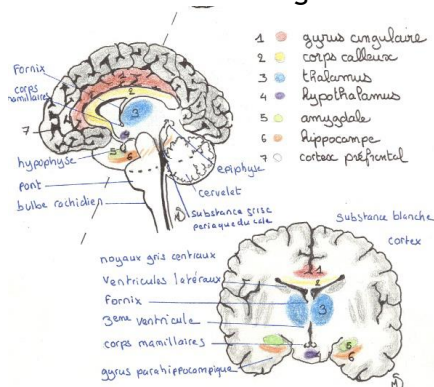
Les traumatismes qui sont susceptibles d'être à l'origine de ces mécanismes psychotraumatismes sont ceux qui vont menacer l'intégrité physique (confrontation à sa propre mort ou à la mort d'autrui) ou l'intégrité psychique : situations terrorisantes par leur anormalité, leur caractère dégradant, inhumain, humiliant, injuste, incompréhensible (l'horreur de la situation va être à l'origine d'un état de stress dépassé représentant un risque vital).

Ces mécanismes psychotraumatiques sont mis en place par le cerveau pour échapper à un risque vital intrinsèque cardiovasculaire et neurologique induit par une réponse émotionnelle dépassée et non contrôlée. Cela se produit quand la situation stressante ne va pas pouvoir être intégrée corticalement, on parle alors d'une effraction psychique responsable d'une sidération psychique.

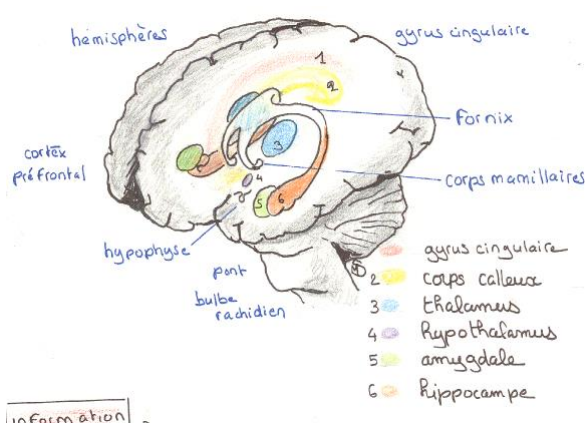
Voir : <http://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/origine-et-mecanismes.html>

La docteure Salmona a décrit le **système limbique**, impliqué dans le processus.

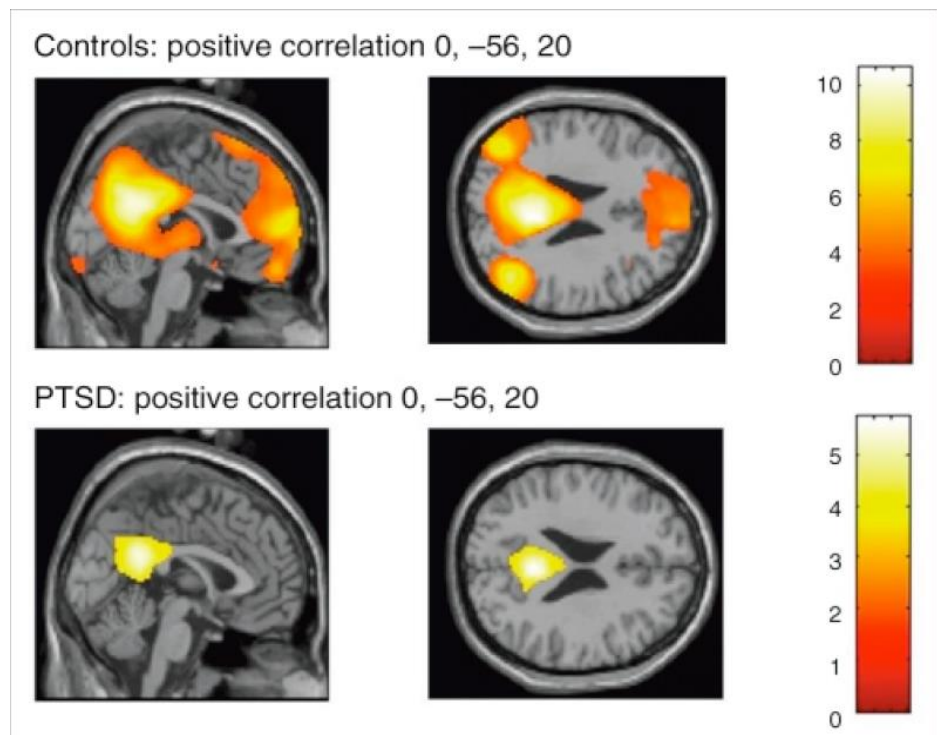
Le système limbique - coupe frontale et sagittale



Le système limbique en 3 D



Des images IRM fonctionnelles montrent la réponse de l'amygdale cérébrale et de l'hippocampe à un stimuli rappelant un traumatisme chez des victimes suivant la présence ou non de troubles psychotraumatiques



Les 2 définitions les plus complètes et les plus reconnues du psychotraumatisme sont :

- **celle de Louis Crocq** : «phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur».
- **celle correspondant au DSM IV américain (catalogue des affections mentales)** : troubles présentés par une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, et ayant développé des troubles psychiques lié à ce(s) traumatisme(s).

Pour en faire un résumé et une synthèse on peut définir le psychotraumatisme comme l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique.

Ces troubles peuvent s'installer durant des mois, des années voire toute une vie en l'absence de prise en charge, ils entraînent une grande souffrance morale liée à des réminiscences (mémoire traumatique) avec la mise en place de conduites d'évitement (pour y échapper : phobies, retrait), des conduites d'hypervigilance pour tenter de les contrôler et des conduites dissociantes pour tenter de les auto-traiter (conduites à risque et conduites addictives anesthésiantes).

Les troubles psychotraumatiques sont méconnus

⇒ **Méconnaissance chez les professionnels de santé**

Ces troubles psychotraumatiques sont méconnus, sous-estimés, rarement dépistés et diagnostiqués par les professionnels de la santé qui n'ont pas été formés pendant leurs études médicales à la psychotraumatologie et à la victimologie, et qui ne le sont toujours pas. Ils sont spécifiques et le symptôme principal, la mémoire traumatique (les réminiscences des violences), est pathognomonique c'est à dire non seulement caractéristique des violences traumatisantes, mais aussi pouvant établir la preuve diagnostique

d'un traumatisme. La prise en charge des troubles psychotraumatiques et de leurs conséquences est essentielle et doit être la plus précoce possible, ce qui la rend d'autant plus efficace, et permet d'éviter des vies fracassées et d'arrêter un cycle de violences subies ou agies qui se produisent de générations en générations.

Mémoire traumatique et dissociation sont responsables de toutes les conséquences médicales, somatiques et psychologiques, les plus sévères, les plus chroniques et les plus handicapantes. Ce sont des conséquences normales et habituelles des situations de violences, elles ne sont pas dues à des caractéristiques intrinsèques de la victime, toutes les victimes de violences peuvent développer ces troubles. Conséquences sociales des violences sur l'apprentissage, sur les capacités cognitives, sur la socialisation, sur les risques de conduites asociales et de délinquance, sur les risques d'être à nouveau victime de violences ou d'en être auteur.

⇒ Méconnaissance générale des violences et de leurs conséquences

A la **sous-estimation** des violences faites aux enfants et aux femmes, de leur gravité, de leur fréquence, tradition de banalisation d'une grande partie de celles-ci, voire de justification (violence éducative : châtiments corporels), s'ajoute une **méconnaissance** de la gravité des conséquences sur la santé des violences, particulièrement sur la santé psychique. Les violences sont « *des situations anormales entraînant des conséquences psychotraumatiques normales* », fréquentes, graves et durables liées à la mise en place de mécanismes psychologiques et neurobiologiques de sauvegarde.

Enfin, on observe souvent une **méconnaissance** des conséquences sociales des violences sur l'apprentissage, sur les capacités cognitives, sur la socialisation, sur les risques de conduites asociales et de délinquance, sur les risques d'être à nouveau victime de violences ou d'en être auteur.

⇒ Dénier de reconnaissance

Une certaine « **tradition clinique** » perdure et se traduit pas une **sous-estimation** de la souffrance de l'enfant et des adolescents par rapport à l'adulte, des femmes par rapport aux hommes, des violences sexuelles, des violences au travail, de la violence intra-familiale. La **stigmatisation** des troubles de la conduite et des troubles du comportement peut masquer une souffrance non reconnue. La **banalisation** des signes de souffrance peut être parfois mise sur le compte de la crise d'adolescence, du sexe, de la personnalité. A l'inverse, une **dramatisation** de symptômes psychotraumatiques (dissociatifs et intrusifs) conduit à une « étiquette psychotiques » de la victime.

Quelle réalité des troubles psychotraumatiques ?

Les troubles psychotraumatiques sont fréquents : La prévalence d'un événement traumatogène est de 30%. La prévalence des psychotraumatismes sur la vie entière est de 5 à 6 % pour les hommes et de 10,5 à 13,8 % pour les femmes. Le risque de développer des troubles psychotraumatiques (un état de stress post-traumatique) est de 24 % après un événement traumatisant.

Les causes en sont variées :

- Liés aux guerres, aux violences d'état voire à des événements tels les récents attentats de Paris.
- Liés à la maltraitance physique et sexuelle de l'enfance, aux violences intra-familiale, violences institutionnelles, scolaires sur les enfants.
- Liés aux violences faites aux femmes, violences sexistes, mutilations génitales, mariages forcés, prostitution, violences conjugales.
- **Liés aux violences sexuelles**

Les violences sexuelles sont fréquentes et très graves :

- 120 000 viols en France par an, **16% de femmes** ont subis des viols ou des tentatives de viols dans leur vie, 59% avant 18 ans, **5% des hommes** ont subis des viols ou des tentatives de viols dans leur vie, 67% avant 18 ans.
- **3 % des français** déclarent avoir été victimes d'inceste. Les violences sexuelles (particulièrement les violences sexuelles incestueuses sur mineurs) sont les plus grands pourvoyeurs de psychotraumatismes (60 à 80%)
- Une fille sur 8 et un garçon sur 10 ont subi des agressions sexuelles avant 18 ans, avec un âge moyen de survenue entre 9 et 12 ans, par des proches dans 70% à 80% des cas.

- Liés aux violences au travail : 16% des personnes actives, 20% des femmes au travail

Les circonstances de survenue

Les troubles psychotraumatiques surviennent quand la situation stressante ne va pas pouvoir être intégrée corticalement, on parle alors d'**effraction psychique**. Les traumatismes qui sont susceptibles d'être à l'origine de psychotraumatismes sont ceux qui sont vont menacer l'intégrité physique (confrontation à sa propre mort ou à la mort d'autrui) ou l'intégrité psychique : situations terrorisantes par leur anormalité, leur caractère dégradant, inhumain, humiliant, injuste, incompréhensible (l'horreur de la situation va être à l'origine d'un état de stress dépassé, représentant un risque vital). La violence intentionnelle, l'impuissance, la soudaineté, l'imprévisibilité, le caractère inexplicable, monstrueux, particulièrement injuste du traumatisme sont en cause.

Les troubles psychiques spécifiques liés aux traumatismes

Ils sont liés à des **mécanismes de sauvegarde exceptionnels, psychologiques et neurobiologiques**, déclenchés lors du stress extrême et du risque vital que génère le traumatisme, ces mécanismes sont responsables d'une déconnexion du circuit de réponse au stress **entraînant une mémoire traumatique, une dissociation avec anesthésie affective et physique**.

Ces troubles psychotraumatiques vont être à l'origine des conséquences les plus graves, les plus fréquentes des violences sexuelles. Ils sont à l'origine d'un état de souffrance permanent, en transformant la vie des victimes en ****«un enfer», «un état de guerre permanente», «sans espoir de s'en sortir»**. **Ce sont des conséquences normales de situations anormales**.

Les troubles psychiques spécifiques se répartissent en état de stress aigu ou en état de stress post-traumatique, avec la triade :

1. **syndrome de reviviscence (= mémoire traumatique)** : pensées récurrentes sur les violences, ruminations, souvenirs intrusifs de tout ou partie de l'événement (sensations douleurs, bruits, paroles), agissements soudains comme si l'événement allait se reproduire, flash-back, illusions, rêves répétitifs, cauchemars, vécus intensément avec une forte angoisse et détresse, l'accouchement peut être une situation de réactivation des réminiscences.
2. **syndrome d'évitement** : évitement phobique de toutes situations se rapportant au traumatisme ou pouvant rappeler l'événement, évitement de la pensée, développement d'un monde imaginaire ; évitement de toute situation douloureuse ou stressante, émoussement des affects, désinvestissement des relations interpersonnelles, perte de l'anticipation positive de l'avenir.
3. **syndrome d'hypéreactivité neuro-végétative** : hypervigilance, état d'alerte et de contrôle, sursaut, insomnie, réveils nocturnes, hypersensibilité, irritabilité, colères explosives, troubles de la concentration et de l'attention.

Les symptômes de dissociation sont souvent importants : état de conscience altérée, troubles de la mémoire, de la concentration, de l'attention, sentiments d'étrangeté, d'être spectateur de sa vie, dépersonnalisation, compagnon imaginaire.

L'état de stress post-traumatique est complexe : il est défini par plusieurs critères, dont certains font aussi partie de la personnalité limite :

1. une altération de la régulation des émotions avec une impulsivité marquée et des comportements auto-destructeurs.
2. des perturbations de l'attention ou de la conscience, pouvant entraîner des épisodes dissociatifs.
3. une altération de la perception de soi, avec des sentiments permanents de honte ou de culpabilité, et un sentiment de vide.
4. une altération de la perception de l'agresseur, qui peut être par exemple idéalisé.
5. des relations interpersonnelles perturbées, avec une incapacité à faire confiance ou à avoir une relation intime avec autrui.
6. des symptômes de somatisation.
7. des altérations cognitives avec une perte d'espoir.

Voir le détail : <http://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/generalites.html>

Que faire alors ?

« Quelles que soient les circonstances, votre comportement, ce que vous avez fait ou pas fait, les liens que vous avez avec l'auteur ou les auteurs des violences, l'état psychique de ce ou ces derniers (stress, colère, emprise de l'alcool ou de drogues, etc.), **IL-S N'AVAIENT PAS LE DROIT DE COMMETTRE CES VIOLENCES** ». Il s'agit d'infractions pénales.

Souvent ce qui paraît plus ou moins excuser l'auteur fait en fait partie de circonstances aggravantes (comme les liens familiaux, conjugaux, ou avec une personne ayant autorité, l'emprise sous alcool ou de drogues de la victime ou de l'auteur). Toute personne a un **DROIT UNIVERSEL à la VIE, et au respect DE SON INTÉGRITÉ PSYCHIQUE ET PHYSIQUE, et DE SA DIGNITÉ.**

Il est nécessaire de savoir repérer la souffrance psychologique chez les patients et dépister des symptômes évoquant des violences subies devant :

- ⇒ **une souffrance exprimée**, tristesse, pleurs, idées noires, idées suicidaires, tentatives de suicide
- ⇒ **des modifications récentes du comportement et de la personnalité** : isolement, stress, anxiété, angoisse, phobies, attaque de panique, agressivité, conflits, hypersensibilité, désintérêt pour des activités qui étaient investies, négligence dans sa tenue, dans son hygiène, dans son travail, pessimisme excessif, troubles de l'attention et de la concentration, conduites d'échec, manque de confiance, évitements, oublis, erreurs, retards, extrême fatigue, alcoolisation, tabagisme, anorexie, boulimie
- ⇒ **des plaintes somatiques répétitives et chroniques**, avec nomadisme médical : douleurs chroniques, céphalées, insomnies, malaises, nausées, vomissements)
- ⇒ **des arrêts de travail fréquents** pour maladie, des accidents à répétition, des hospitalisations et des interventions à répétition, prise de poids ou amaigrissement importants
- ⇒ **des conduites à risque**, des mises en danger (absences de précaution et de prévention, conduites de véhicules à risque, sports extrêmes, conduites sexuelles à risque), **des conduites autoagressives** (TS, automutilation), **hétéroagressives** (violences, délinquances), **des addictions** : alcool, drogues, jeux, achats compulsifs.

Savoir poser systématiquement la question sur les violences devant toute situation de souffrance ou de vulnérabilité. Mais le mieux serait de faire un dépistage universel systématique dans le cadre d'un questionnaire médical de recherche de facteurs de risque, questions à poser : vivez-vous des situations stressantes ?, avez-vous subi des violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles)? Arrive-t-il à votre conjoint d'être violent (verbalement, psychologiquement, physiquement)? Vous sentez-vous en sécurité chez vous ? À votre travail ?...

Les questions sur les traumatismes ou les violences subies sont très bien tolérées :

- en accordant foi en la parole de la victime
- en tenant compte des troubles de la mémoire, de la confusion et du sentiment d'irréalité
- dans un climat de bienveillance, de confiance, d'authenticité, d'empathie et de sécurité
- en étant attentif à utiliser un vocabulaire et des expressions adaptés
- en ne jugeant pas les comportements et les attitudes de la victime
- savoir prendre position contre les violences et le système agresseur et pour la loi et le droit
- en condamnant la violence, en rappelant la loi et en nommant les faits
- en rappelant que rien de ce que la victime avait fait ne justifie la violence
- en luttant contre la loi du silence
- en informant la victime de ses droits et des possibilités de porter plainte

Voir le détail : <http://www.memoiretraumatique.org/que-faire-en-cas-de-violences/que-faire.html>

Au final, les troubles psychotraumatiques sont graves et peuvent se chroniciser en transformant la vie des victimes traumatisées en un enfer s'ils ne sont pas identifiés au plus tôt et pris en charge de façon spécifique. Il est donc essentiel que les victimes traumatisées soient prise en charge d'autant plus que le traitement est efficace.

Les violences sont le plus souvent des conduites dissociantes et anesthésiantes, d'auto-traitement. Elles sont une drogue et génèrent une véritable addiction qui permet aux agresseurs d'échapper à une souffrance psychique liée à une mémoire traumatique provenant le plus souvent de violences subies dans l'enfance.

Voir aussi :

L'accueil et l'accompagnement des victimes de violences :

<http://www.memoiretraumatique.org/que-faire-en-cas-de-violences/que-faire.html>

Les 20 incontournables du soin des victimes de violences :

<http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/Documents-pdf/20-Incontournables-web.pdf>

Site d'information de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie : www.memoiretraumatique.org

Pour les professionnels et le grand public qui comprend des articles, des informations, la plaquette en téléchargement, des conduites à tenir en cas de violences, un annuaire de ressources, une bibliographie, etc.

Un blog stopauxviolences où sont publié de nombreux articles et informations : <http://stopauxviolences.blogspot.com/>

Les acteurs et actrices de la prévention et de l'accompagnement

Marie-France Casalis, formatrice au Collectif féministe contre le viol : « Pourquoi ne repère-t-on pas assez les femmes victimes de violences ? »

Qui d'entre nous peut dire n'avoir jamais été surpris-e et choqué-e d'apprendre un jour qu'une amie, collègue, cousine, sœur, voisine était (ou avait été) victime de violences masculines, des violences exercées dans une sphère de l'intime ou de l'environnement immédiat : la famille, le couple, l'entreprise, l'association, le syndicat, l'hôpital, le parti politique... ?

Repérer ces violences c'est apprendre à voir, à aller au-delà de la demande exprimée, c'est prendre conscience de la violence exercée à l'encontre d'une personne, c'est comprendre que la stratégie de l'agresseur est construite sur la préoccupation centrale d'un délinquant : assurer son impunité. Pour y parvenir l'agresseur organise ses actes : il choisit et séduit la personne dont il fera sa victime, il l'isole : géographiquement, familialement, socialement, psychologiquement et exerce son emprise : il cherche à détruire ses capacités personnelles à la dévaloriser et il fait régner la terreur.

Pourquoi ne repère-t-on pas les femmes victimes ?

Depuis le mitan des années 70, avec la résurgence des mouvements féministes contemporains, nous avons appris que la violence à l'encontre des femmes s'exerce dans l'intimité, dans sa propre maison, dans son propre lit, dans son entourage proche, dans sa sphère professionnelle. Nous avons appris que les agresseurs sont principalement des personnes qu'on connaît, qu'on fréquente, qu'on aime. Que cette violence-là est meurtrière, destructrice notamment parce que ses victimes pensent qu'elles en sont co-responsables.

Depuis bientôt trente ans **Viols-Femmes-Informations au 0800 05 95 95** a collecté plus de 49 500 récits de viol confié par celles et ceux qui nous appellent :

- Dans **50 %** des situations les agresseurs sexuels font partie du cercle familial
- **93,6 %** des victimes qui appellent le 0 800 05 95 95 sont des femmes et des jeunes filles
- A peine **15 %** des viols sont perpétrés avec des coups ou sous la menace d'une arme
- **65 %** des viols sont commis au domicile de la victime ou de l'agresseur
- **15 %** des appels pour viol sont relatifs à des viols dans le couple
- Dans **52,7 %** des situations les agressions relatées par les victimes ont eu lieu quand elles étaient mineures.
 - **50 %** des victimes ont été agressées avant l'âge de 15 ans. Il y a 10 fois plus de filles que de garçons.
 - L'agresseur était le plus souvent un membre de l'entourage intra- ou para-familial, **92,5 %** des agresseurs étaient majeurs.

En 2014, 495 Parisien-nes victimes de viols ont appelé le 0 800 05 95 95 pour des viols récents ou plus anciens.

« **Je ne les ai pas repérées** ... parce que rien dans mon attitude, dans mon discours, dans mon comportement, dans le décor de mon bureau, de la salle d'attente ne permettait de penser que j'étais prête à entendre ; parce que rien ne signalait que j'étais là pour répondre à leur détresse, pour leur venir en aide.

« **Je ne les ai pas repérées** ... parce que des idées reçues brouillaient ma vue : ainsi par exemple j'avais cru que le viol, c'était exceptionnel, rare... or :

- **86 000 femmes**, âgées de 18 à 75 ans, sont victimes de viols ou de tentatives de viol, chaque année, soit près de 240 femmes concernées par jour ... et 16 000 hommes chaque année, soit plus de 40 hommes par jour.
- Dans **86%** des cas, ces agressions ont été perpétrées par une personne connue de la victime.
- **10%** des victimes ont porté plainte, suite aux viols ou tentatives de viol qu'elles ont subis, au domicile de la victime et/ou de l'agresseur dans **64,7 %** des situations.

(³)

« **Je le ai pas repérées** ... parce que j'attendais qu'elles viennent me voir pour le dire mais en réalité et dans ces études je découvre que 50 % des femmes victimes de viol ou de tentatives de viol n'ont fait aucune démarche.

« **Je ne les ai pas repérées** ... parce que je n'ai pas voulu accorder foi aux signaux d'alerte, à mes doutes, à mes suspicions. Je n'ai pas osé poser la question : vous est-il arrivé de subir des violences dans l'enfance ? Actuellement ces violences vous font-elles encore souffrir ?

Aujourd'hui je reprendrai les mots de Marie-Ange Le Boulaire (⁴), on sait qu' »une femme violée n'est pas une femme foutue », que victime-un-jour ne veut pas dire victime-à-vie. Nous pouvons agir efficacement. Le combat des victimes pour se libérer de l'emprise est un combat de libération et de développement. Nous les aidons et elles retrouveront leur chemin d'avenir. C'est pourquoi, aujourd'hui nous sommes ici ensemble pour renforcer notre détermination à mettre en œuvre les moyens d'encourager la parole des victimes. A nous de briser le silence. A nous de faire le premier pas. Celles et ceux qui s'y sont risqué constatent les formidables avancées qui deviennent possibles à partir de cet échange.

Si une victime de viol se confie à vous vous sachiez qu'elle a besoin que vous lui disiez :

« Victime d'un viol, quelles que soient les circonstances vous n'y êtes pour rien. Le coupable c'est lui. Il n'avait pas le droit : c'est la loi. Je vais vous aider à trouver les soutiens dont vous avez besoin ».

**Viols-Femmes-Informations 0 800 05 95 95.
www.cfcv.asso.fr/**

³ - Sources des données chiffrées : Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes n°4, nov 2014 - Enquête « Cadre de vie et sécurité » 2010-2013, INSEE-ONDRP - Bilan annuel « Criminalité et délinquance enregistrées », ONDRP 2013

⁴ - Marie Ange Le Boulaire est réalisatrice de nombreux documentaires et reportages pour la télévision et auteure du livre autobiographique « Le Viol », Flammarion

Gérard Lopez, psychiatre, expert près les tribunaux, co-fondateur de l'Institut de victimologie et du Centre du psychotrauma

L'action de l'**institut de Victimologie** vise à promouvoir le traitement précoce et spécifique des victimes, à mettre en œuvre le travail en réseau entre les intervenants libéraux, hospitaliers et associatifs, et à susciter la création de lieux de soins spécifiquement adressés aux enfants et aux adultes victimes d'événements traumatiques. Ces lieux devant être animés par des équipes pluridisciplinaires constituées de médecins et de psychologues spécialistes de ce travail.

La vocation du **centre du Psychotrauma** (CPIV) est de traiter précocement et spécifiquement les conséquences psychologiques des événements psychotraumatiques. Mal ou pas soignées, les conséquences psychologiques de ces événements représentent un coût important pour la santé publique. L'intervention précoce et spécifique vise à éviter le passage à la chronicité des troubles post-traumatiques, l'installation de multiples pathologies co-morbides parfois invalidantes : dépressives, addictives, anxieuses et somatiques.

En 2013, le Centre a donné 12 250 consultations. 10 650 à des adultes et 1 600 à des enfants/adolescents de moins de 18 ans. Chaque année plus de 1 000 personnes viennent y consulter.

Voir détail : http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psychotraumatique/clinique-approche-medicolegale-et-soins_4.html

« Comment se construit un parcours de soin ? »

Le Docteur Lopez résume son approche victimologique ainsi : la réparation est un processus complexe qui relève de divers niveaux :

REPARATION		
Reconnaissance par la loi	Soins	Prévention
Personnelle	Debriefing	Politique criminelle
Sociale et politique	Centres spécialisés ??	Evolution des lois
judiciaire	Formation	

L'inscription des violences dans une problématique de domination peut être ainsi schématisée :

SYSTEME AGRESSEUR	VIOLENCES « LEGITIMEES »
Sexisme et homophobie	Viols, AS, violences à l'encontre des femmes et des homosexuels, discriminations socioprofessionnelles, système prostitutionnel

Ultralibéralisme	Guerre économique, licenciements, délocalisations, harcèlement au travail
Racisme	Discriminations, violences, extermination
Elitisme	Discrimination, exclusion, harcèlement
Militarisme	Guerre, apologie du sacrifice, viols de masse
Totalitarisme (familial, social, sectaire, d'Etat)	Loi du plus fort : violences d'Etat, terrorisme, violences familiales, emprise sectaire, etc.

Suite à la parution du **rapport OVEPE** ⁽⁵⁾, une proposition de résolution a été faite, sur les propositions suivantes :

- a) promouvoir la recherche empirique sur les conséquences personnelles et sociales des traumatismes psychiques et sur les interventions et les traitements psychologiques capables de les prévenir
- b) améliorer la coordination entre les centres de soins et les services d'aide aux victimes
- c) promouvoir une politique de création de Centres de psychotraumatologie financés par les pouvoirs publics et par les organismes publics et privés intéressés à voir diminuer les conséquences individuelles, sociales et financières des agressions, accidents et catastrophes
- d) promouvoir une politique de formation universitaire et post-universitaire accréditée pour les personnels de santé mentale, dispensant les connaissances indispensables pour traiter efficacement les victimes d'agressions et d'accidents divers présentant un traumatisme psychique et les orienter vers le réseau d'aide aux victimes
- e) promouvoir une politique de formation accréditée pour les autres personnels travaillant au contact des victimes (médecins, professions paramédicales, personnels des services d'aide aux victimes, travailleurs sociaux, action humanitaire, clergé, policiers, juristes, etc.)
- f) promouvoir la création d'un Organisme de coordination européen de psychotraumatologie et victimologie pour :
 - favoriser la recherche scientifique, faire circuler l'information, développer les meilleurs types d'interventions thérapeutiques et orienter la formation universitaire des professionnels de santé en psychotraumatologie et victimologie ;
 - accréditer et assurer le suivi (monitoring) des Centres de psychotraumatologie en matière de qualification professionnelle des thérapeutes, de nature des soins dispensés, de respect des dispositions déontologiques en vigueur dans les différents pays membres et de formation professionnelle continue en psychotraumatologie et victimologie.

Ces propositions permettraient de structurer et construire un système de soin efficace et opérationnel aujourd'hui en France

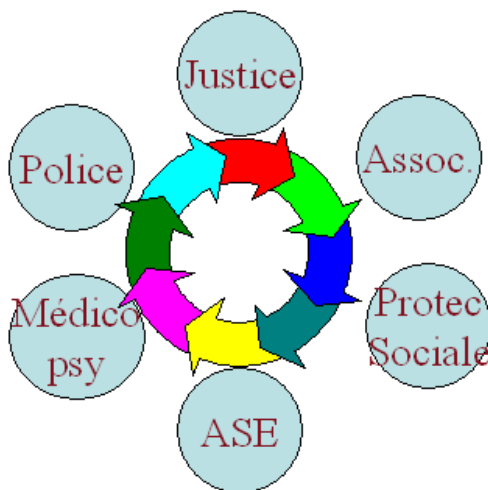
Le cadre thérapeutique prend alors appui sur les éléments suivants :

- La gratuité est souhaitée.
- Recours à la loi et au Code pénal est une référence qui s'impose.
- Un cadre médical ou médico-psychologique est indispensable.

⁵ - Rapport de l'Organisation de Victimologie et de Psychotraumatologie Européenne (OVEPE) - Commission européenne, Daphné 1997, *Project number 97/248/WC* - voir :

http://www.institutdevictimologie.fr/reseau/rapport-ovepe_55.html

- L'idée que le « traitement » n'est pas l'aide aux victimes, chaque professionnel-le doit jouer son rôle en complémentarité avec les autres.
- L'idée qu'il n'est pas possible d'accueillir à la fois dans un même lieu, des victimes et des agresseurs.
- Le professionnalisme implique une déontologie et des accréditations.
- La qualité des traitements : Evalués ou consensuels.
- Le rôle et la fonction des Groupes de parole qui doit rester distinct de l'acte thérapeutique.
- La complémentarité des rôles du réseau associatif d'accompagnement social et judiciaire et du réseau de santé.



Il est important de procéder à une évaluation des conséquences globales avant d'entamer un parcours de soins : évaluation des conséquences psychologiques, évaluation des conséquences familiales et sociales et évaluation des conséquences judiciaires.

De plus, il convient d'éviter toute survictimation (ou maltraitance sociale) par une orientation précoce ou prématurée ou inadaptée dans le réseau.

DES SOINS VALIDES PAR LA RECHERCHE OU LES CONSENSUS : Recommandations synthétisées ainsi :

Antidépresseurs	Force A
- Les intrusions	
- Les troubles comorbides	
Thérapies brèves centrées sur le trauma	
- T. cognitivo-comportementales	Force A
- EMDR	Force A
- L'hypnose ericksonienne (sauf AS)	Force C
Thérapies psychodynamiques	Force B
Thérapie familiales	Force E
Groupe de parole	

Enfin, face à un scénario traumatique, le tableau ci-dessous réalise une comparaison entre une Thérapie classique et une thérapie relationnelle :

SCENARIO TRAUMATIQUE	THERAPIE CLASSIQUE	THERAPIE RELATIONNELLE
Loi du silence	Neutralité « bienveillante »	Empathie active
Déni, minimisation	Absence de recherche des ET	Reconnaissance et incitation à porter plainte
Isolement	Colloque singulier	Travail en réseau
Défense de type dissociatif	Exposition technique mal maîtrisée	Techniques diverses de gestion des émotions
Loi du plus fort	Cadre imposé	Cadre démocratique négocié
Culpabilité	Implication du sujet (culpabilisation)	Critique du système agresseur
Emprise	Thérapie rigide (coaching)	Cadre souple avec recadrage
Abandons	Rupture des soins	Prévention des ruptures
Répétition des violences	Rejet par identification projective	Contrôle des contre-attitudes « violentes »
Violences sexuelles	Répétition littérale	Réécriture du scénario traumatique spécifique

Dans la mesure du possible, la thérapie relationnelle devra être développée.

LE CENTRE DE PSYCHOTRAUMA
 131 rue de Saussure 75017 Paris
 Métro Villiers - Bus 31, 53 - RER C Pereire Levallois
 Tel. : 01 43 80 44 40 - <http://www.institutdevictimologie.fr/>

Gaëlle Abgrall-Barbry, cheffe de service et **Stéphanie Akhounak**, cadre de santé à l'AP-HP, Hôpital Tenon, Unité de psychiatrie et psychotraumatisme

Un accompagnement spécialisé : Accueillir et soigner la personne victime de psychotraumatisme

Définition

Le traumatisme psychique est provoqué par un évènement survenant de façon imprévisible et brutale, soumettant la personne à une agression psychique et/ou physique très intense sur laquelle la personne ne peut exercer aucun contrôle. Au cours de cette agression, la victime peut être confrontée à sa propre mort, ou à la mort de personnes qui l'entourent. Le trauma psychique est une effraction dans l'appareil du sujet et dépose une image traumatique. C'est un arrêt sur image qui n'aura de cesse de se répéter comme une menace interne. Le traumatisme renvoie à une expérience subjective, singulière et incontournable, vécu selon les victimes dans la frayeur, l'effroi, le sentiment d'impuissance ou d'abandon.

La prise en charge hospitalière de l'ESPT : exemple de l'unité de Tenon

a) Procédure d'accueil des demandes d'aide dès l'appel au secrétariat

Lors de l'accueil la problématique est identifiée et l'on procède à un repérage immédiat des signes d'urgence pour ajuster la réponse et l'aide proposée: à la demande et aux signes de gravité identifiés. C'est un travail pluridisciplinaire pour une prise en charge globale de la personne souffrante: infirmière, psychologue, assistante sociale, médecin (psychiatre et toute spécialité nécessaire).



b) Hospitalisation : 1^{er} espace d'expérimentation du sentiment de sécurité

- *Définition du cadre de soins* : Toutes les actions thérapeutiques visent à mettre en place un *espace de sécurité*, elles doivent trouver l'adhésion du patient
- *Identifier, évaluer et traiter* : ESPT et T. comorbides, Troubles de l'humeur, addictions, autres troubles anxieux
- *Place de la pharmacothérapie* : Prévenir le développement des symptômes de l'ESPT ; Réduire la symptomatologie de l'ESPT ; Prévenir le risque de rechute ; Traiter les autres comorbidités psychiatriques, en particulier dépressives et addictives
- *Toujours associé à une prise en charge psychothérapeutique.*

c) Réponse graduée selon la sévérité de la situation

La réponse peut être **ambulatoire** (extrahospitalière). Dans ce cas elle se caractérise par un accueil secrétariat, un accueil et soutien par infirmière formée, une aide et un traitement psychologique, une évaluation et un traitement médical, une mise à disposition d'une ligne téléphonique d'urgence.

La réponse peut être une **prise en charge hospitalière** structurée. Dans ce cas, les objectifs sont ainsi définis : protection de la personne et bilan global dès l'urgence, traitement de la douleur psychique et physique, aide à l'identification des symptômes et des besoins, aide face aux difficultés familiales, aide face aux difficultés sociales et juridique (médico-légale). Le délai d'accueil est de 0 à 10 jours selon gravité et la durée d'hospitalisation est de 21 jours en moyenne.

En quoi consiste l'hospitalisation en psychotraumatologie ?

Dans une situation d'urgence, une intervention ponctuelle peut être suffisante pour amener un soulagement, elle ne le sera probablement pas dans le cas d'une situation de crise psychotraumatique (Pauzé et al. 2006). Dans une situation de crise, pour qu'un changement réel soit apporté à la personne, l'hospitalisation dans une unité spécialisée peut être une opportunité. L'hôpital est un lieu privilégié pour apporter une protection immédiate, et contenir l'anxiété du patient. Il permet de prodiguer rapidement des soins à ceux qui ont subi un évènement traumatique

Indications et modalités :

La priorité à une hospitalisation est donnée aux situations dans lesquelles le potentiel suicidaire est évalué comme élevé. Les autres situations d'hospitalisation en urgence sont les états dissociatifs intenses (Bigot, 2006; Birmes, 2006).

Ce sont le plus souvent des partenaires du réseau naturel voire au mieux du réseau de santé, qui orienteront vers l'hôpital, notamment des médecins généralistes, des psychiatres libéraux, des associations d'aide aux victimes, des assistantes sociales, des psychologues en activité libérale ou des médecins d'un service d'urgences médicojudiciaires qui ont identifié cette situation d'urgence. Dans certains cas la personne victime se présente spontanément aux urgences médicales d'un hôpital. Le médecin-psychiatre aux urgences prendra la décision qui convient.

Il est primordial de bien préparer avec le patient cette admission dans un service spécialisé en psychotraumatologie. Celui-ci est souvent intégré dans un service de psychiatrie et l'image de la maladie mentale identifiée à la « folie ». Le premier rôle de l'équipe soignante consiste à anticiper cette méfiance et à identifier les symptômes aigus tels que l'angoisse, la dépression, les troubles du sommeil et à structurer rapidement une aide perceptible dans une prise en charge psychiatrique afin de mettre en confiance le patient en lui apportant un soutien personnalisé.

Déroulement de l'hospitalisation

○ L'accueil

Lors de son admission dans le service de psychiatrie, la personne hospitalisée doit bénéficier d'une évaluation globale, psychiatrique mais aussi somatique, même en l'absence de plainte spécifique. Une fois que cette évaluation est complète le patient est dirigé vers l'unité d'hospitalisation, de préférence avec un membre de l'équipe paramédicale de cette unité pour en optimiser l'alliance.

Au moment de son entrée dans le service, les patients éprouvent souvent des sentiments ambivalents particulièrement aigus, que l'infirmier doit anticiper pour en atténuer la pénibilité, notamment dans l'intensité de la réaction anxieuse. Il est important de savoir reconnaître l'authenticité de ce qui est exprimé et insister sur les aspects positifs que le patient peut attendre de cette démarche. La qualité de cette rencontre est un facteur important dans cette étape difficile pour construire une alliance thérapeutique avec le patient.

Une autre phase délicate s'inscrit ensuite dans la démarche de protection demandée par le patient. S'impose alors un examen attentif des objets apportés par le patient pour écarter de celui-ci les objets inutiles, voire dangereux au cours d'une crise dont le potentiel suicidaire existe. La fonction protectrice de cette organisation doit être explicitée au patient et à ses proches, comme une mesure d'attention à la sécurité du patient et de l'intérêt porté à sa vie avec une prise en charge intensive s'il le faut.

○ Le cadre thérapeutique

A l'hôpital Tenon, l'hospitalisation est libre, faite avec le consentement du patient. La cohérence de l'organisation des soins et des mesures de surveillance est une caractéristique importante de la qualité de l'hospitalisation. Au cours de l'hospitalisation, les troubles sont évalués dans une approche

multidisciplinaire: paramédicale, psychologique, médicale, sociale, juridique. Au terme de ces observations, des règles sont données au patient sur ce qu'il peut faire et où sont les limites.

Les visites des tiers d'une part, les permissions sans surveillance d'autre part, peuvent être reportées pour protéger le patient d'un geste impulsif dangereux auto-agressif mais aussi pour l'aider à retrouver une organisation psychologique plus équilibrée

○ La prise en charge

Au-delà de la protection du patient, un objectif majeur de l'hospitalisation dans la démarche de soin est constitué par une dimension éducative. Le patient va demander à oublier l'évènement et à être tel qu'il était avant. L'oubli n'est pas un objectif. Le retour à la vie active n'est pas compromis seulement par le handicap physique, s'il est présent, mais aussi par les facteurs psychologiques qui interviennent significativement (Ruzek et Cordova, 2005).

La surveillance du patient s'appuie sur une observation régulière et continue. Le dépistage des troubles comorbides est systématique et répété par l'équipe médicale et paramédicale : symptômes dépressifs, intentions suicidaires, dépendance à l'alcool ou à d'autres toxiques.

L'hospitalisation permet une évaluation plus objective du retentissement des troubles psychiques : appétit, sommeil, compétences sociales et relationnelles. Cette observation contribue à préciser l'intensité des symptômes mais aussi à protéger le patient notamment du risque d'épuisement devant la répétition des flashbacks et des cauchemars contribuant à des réveils matinaux. A l'inverse, l'équipe peut aussi identifier des comportements de lutte contre l'endormissement pour éviter les cauchemars. Afin de palier à ces troubles du sommeil, un ajustement précis et personnalisé d'un traitement psychotrope est instauré et expliqué au patient. La qualité de cette information contribue à améliorer l'adhésion du patient à la thérapie choisie.

L'optimisation de la communication entre le patient et l'équipe de soins doit être recherchée. L'équipe doit tenir compte des facteurs culturels qui peuvent modeler certains symptômes (Baubet, 2003). Les interactions sociales avec les autres patients constituent une dynamique importante au cours de l'hospitalisation. Cette action peut être renforcée par des groupes de patients animés par un membre de l'équipe. Ces groupes contribuent fréquemment à réduire le sentiment de solitude voire de honte que le patient peut ressentir depuis le traumatisme psychique.

Des ACTIVITES THERAPEUTIQUES COMPLEMENTAIRES peuvent être proposées : exemple :

ACTIVITES THERAPEUTIQUES							
HORAIRE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI		
9H30			SHIATSU				
10H							
10H30							
11H							
11H30							
12H							
12H30	FIN DE LA JOURNÉE						
13H			SHIATSU				
13H30			ATELIER THEATRE 14h00 - 16h00	Danse thérapie Femmes : 14h45 - 15h45 Hommes : 15h45 - 16h45	Atelier d'art-plastique 14h00 - 16h30	Réunion psychotrauma 14H15 - 14H30	
14H00							
14H30							
15H00	Groupe de parole 14h30 - 15h30 1 lundi/2						
15H30							
16H00							
16H30		QI GONG				Danse thérapie Femmes : 14h00 - 15h00 Hommes : 15h00 - 16h00	
17H00			SHIATSU				
17H30				Atelier d'art-plastique Externe 16h30 - 18h00			
18H00							
18H30	FIN DES ACTIVITES						

Enfin, une évaluation sociale, notamment sur les retentissements financiers, est également faite et le patient est informé de ces droits. Si une procédure judiciaire est envisagée, le patient est orienté vers une association spécialisée (Droit d'urgence) dans l'aide aux victimes. La rédaction de certificats médicaux sont proposés à toute fin utile.

○ Préparer la sortie

Lors de la dernière période de l'hospitalisation, l'objectif est de préparer la sortie et la période dite de post-hospitalisation. La durée de séjour doit être aussi brève que possible. Le départ de l'hôpital ne doit pas constituer une rupture mais une progression dans un continuum. La planification d'une prise en charge structurée est recommandée (ANAES, 2000)

La gravité de la crise étant marquée par le risque de suicide, celui-ci doit rester un souci prioritaire. Il est préférable que le patient puisse partir avec un rendez-vous chez la psychologue et le médecin. Un appel téléphonique par l'équipe soignante en particulier lors du premier mois, apporte une réduction du risque suicidaire (Vaiva *et al.*). A l'hôpital Tenon, un suivi téléphonique est systématiquement proposé aux patients sortants qui ont été admis pour une crise suicidaire.

Conclusion de la journée par Perrine Dommange, cheffe du Service égalité intégration inclusion, Direction démocratie citoyen-nes territoires de la Ville de Paris.

Remerciement à toutes et tous les participant-es qui sont venus malgré les circonstances difficiles de cette fin d'année 2015.

Merci à toutes et tous les intervenant-es, pour leurs brillants exposés.

Cette journée inter-professionnelle est la première du genre. Elle ouvre la série d'événements prévus, comme chaque année, dans les arrondissements de Paris (*sauf report ou annulation*), telle qu'elle est présentée dans la brochure-programme 2015 que vous avez reçue.

Ensemble, poursuivons ce travail de longue haleine qu'est la lutte contre les violences faites aux femmes.

Merci à toutes et tous.

-----°)-----