

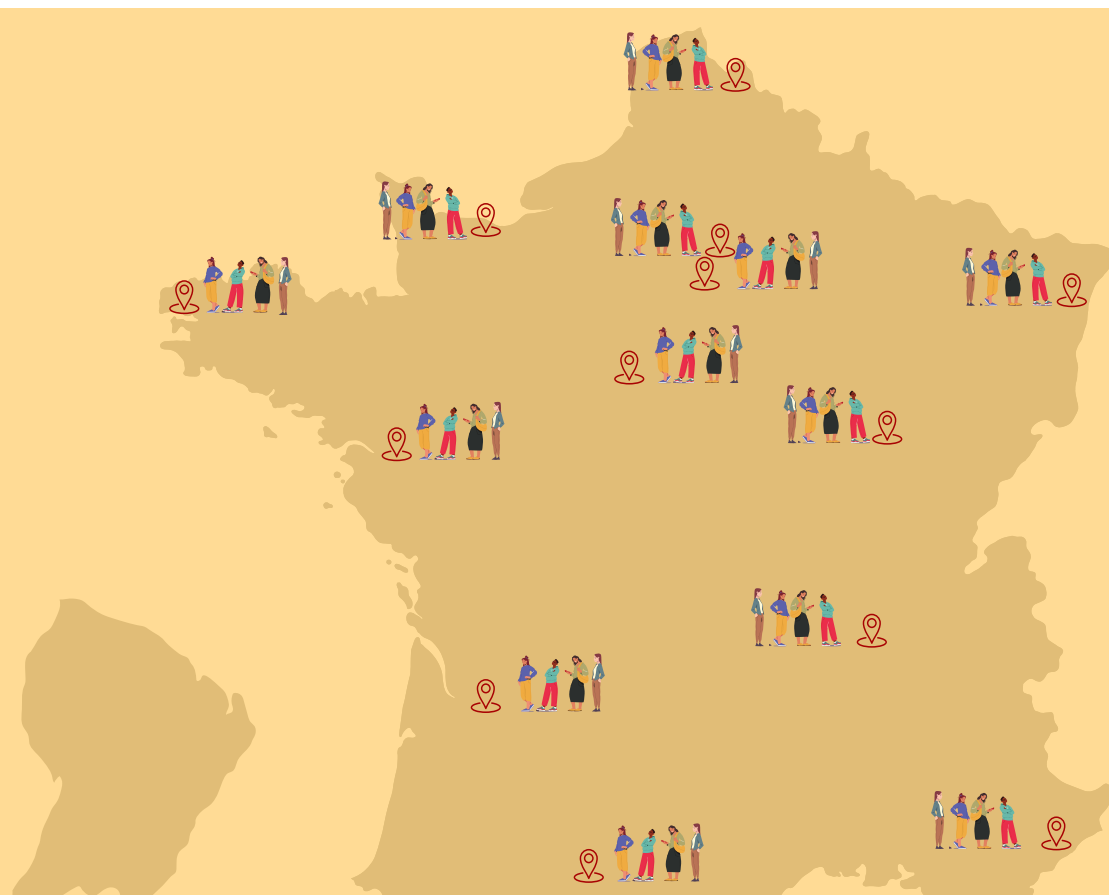


RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

HCE

HAUT CONSEIL
À L'ÉGALITÉ
ENTRE LES FEMMES
ET LES HOMMES



**Les Centres Régionaux
du Psychotraumatisme :
des besoins considérables, des prises en charge
insuffisantes, des moyens dérisoires**

*Évaluation des dispositifs
de prise en charge globale du psychotraumatisme*

Rapport n°2023-07-06-SAN-57 publié le 6 juillet 2023

Sylvie PIERRE-BROSSOLETTE,

Présidente du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes

Gilles LAZIMI, Emmanuelle PIET, coprésident-es de la Commission

« Santé des femmes, droits sexuels et droits reproductifs »

Anne PLOUËT, Rapporteuse

Maylis ARNAUD, Manon DE BANIÈRES, Nastassia LAGAUDE, Stagiaires



Ce document a été rédigé conformément aux recommandations relatives à l'usage du féminin et du masculin du « Guide pratique pour une communication publique sans stéréotype de sexe » (HCE, 2022).

À retrouver sur notre site internet : haut-conseil-egalite.gouv.fr

Synthèse

Dans le présent rapport, la commission « Santé des femmes, droits sexuels et reproductifs » du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes dresse le bilan des activités des Centres Régionaux du Psychotraumatisme (CRP). Ces centres, institués par les pouvoirs publics en 2018, ont pour mission de prendre en charge de manière globale toutes les personnes victimes de violences souffrant de troubles du stress post-traumatique (TSPT), d'assurer des formations sur le psychotraumatisme et de coordonner le réseau de prise en charge du psychotraumatisme à l'échelle de la région.

L'objectif du HCE est d'évaluer le fonctionnement des centres du psychotrauma, notamment sur leur capacité de réponse efficace et proportionnée à la demande croissante de soin, avec une attention particulière sur les conditions de prise en compte spécifique des femmes victimes de violences sexistes et sexuelles.

En 2021 en France, 94 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de viols et/ou de tentatives de viol sur une année et 213 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint sur cette même année¹. Ces victimes de violences masculines représentent une population à risque pour développer des psychotraumatismes.

Cette investigation a été menée à travers de nombreuses auditions : responsables de CRP et leurs partenaires, personnalités d'institutions publiques, professionnel·les du psychotraumatisme lié aux violences envers les femmes, associations d'accompagnement des femmes victimes de violences masculines, témoignages individuels.

Même si nombre de CRP témoignent de bonnes pratiques, aucun CRP n'est en mesure de mener correctement de front l'ensemble des 3 missions (prise en charge globale des victimes, formation des professionnel·les et coordination d'un réseau de prise en charge) fixé par le cahier des charges. Faute de moyens financiers suffisants, chaque centre fait le choix de prioriser l'une des activités. Sur la quinzaine de structures existantes, beaucoup de CRP peinent à répondre aux besoins de prise en charge de l'ensemble des traumatismes (aigus ou chroniques), et peu d'entre eux proposent un accompagnement spécifique pour les femmes victimes de violences sexistes et sexuelles.

Le constat de carence établi par le HCE conduit à proposer de nombreuses recommandations dont la prise en compte doit contribuer à améliorer le fonctionnement des CRP actuels et futurs, et permettre aux femmes victimes de violences souffrant de syndrome post-traumatique de bénéficier d'une prise en charge adaptée à la spécificité de leur trauma.

Il est important de construire des politiques publiques qui prennent en compte une analyse féministe, et de favoriser au niveau du terrain cette prise de conscience. Les recommandations sont récapitulées en quatre axes :

- ▶ Rendre toujours prioritaire l'accès aux CRP pour les femmes victimes de violences sexistes et sexuelles en leur faisant bénéficier d'une prise en charge spécifique
- ▶ Former massivement au psychotraumatisme lié aux violences masculines
- ▶ Rendre l'offre de soin accessible pour toutes les femmes victimes de violences sexistes et sexuelles
- ▶ Augmenter considérablement les moyens alloués aux structures de prise en charge gratuite et globale des femmes victimes de violences

¹ - Selon la dernière [lettre \(n°18\) de l'Observatoire national des violences faites aux femmes](#) (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains)

Sommaire

Synthèse	3
Sommaire	5
1 La genèse des Centres Régionaux du Psychotraumatisme	7
A Un projet de labellisation de structures : les centres du psychotraumatisme	9
1. La volonté de déploiement d'une offre de soin adaptée - un engagement politique fort	9
2. L'élaboration concertée d'un cahier des charges ambitieux	11
a. Un projet initialement élaboré avec des spécialistes de l'accompagnement des femmes victimes	11
b. Un cahier des charges national aux missions cohérentes avec la prise en charge des femmes victimes de violences	11
c. Un projet qui perd sa spécificité initiale de protection des femmes victimes de violences	12
B La prise en charge des troubles psychotraumatiques conséquences des violences sexistes et sexuelles : une question de santé publique	13
1. Les troubles du stress post-traumatique (TSPT)	13
2. Les recherches sur les bases cérébrales du syndrome post-traumatique	14
3. Les traitements recommandés	14
4. La nécessité d'une prise en charge précoce et à long terme	15
5. La nécessité d'une approche féministe dans la prise en charge spécifique des femmes victimes de violences	15
C Des problèmes dans la sélection des centres et du budget dédié	19
1. Un appel à projet permettant d'identifier les structures porteuses	19
a. Une première vague de sélection des candidatures en 2018	19
b. Une deuxième vague de sélection des candidatures en 2021	20
c. La création du centre national de ressources et de résilience : Cn2r	20
d. La répartition actuelle des CRP sur le territoire : cartographie	21
2. Des ressources humaines et financières sous-dimensionnées dès l'origine	23
a. Une dotation de 400 000 €/an par centre quelque soit le territoire couvert	23
b. Des dotations complémentaires	23
c. Des ressources humaines dérisoires en raison d'un financement largement insuffisant	24

2	Les activités des Centres Régionaux du Psychotraumatisme limitées à la hauteur de leurs moyens	27
A	Une mission de soin partiellement remplie	29
1.	Les patient-es des CRP	29
a.	Les adultes	29
b.	Les enfants	31
2.	La prise de contact avec le CRP	32
a.	Les modalités d'adressage	32
b.	De la prise en charge à la réorientation - un parcours sinueux	39
c.	Des délais de prise en charge trop longs en raison du manque de professionnel·les	41
d.	Une accessibilité encore à parfaire	43
e.	Des sorties de thérapie à planifier	44
3.	La prise en charge psychique du syndrome post-traumatique	44
a.	Des protocoles « personnalisés » qui dépendent de l'offre de soin interne	44
b.	Une palette de modalités de thérapies individuelles	46
c.	Une affection commune pour la thérapie de groupe	46
4.	Au-delà de la prise en charge psychique, une prise en charge globale, en réseau !	46
a.	Une prise en charge somatique	46
b.	Une prise en charge non-médicale	47
c.	Les Maisons des femmes intrahospitalières, un renfort attendu pour une prise en charge globale ?	48
B	Le recensement et la coordination de l'offre de soin en psychotraumatisme : une mission de réseau en construction	51
1.	Un objectif de recensement	51
a.	Des patient-es victimes d'une errance médicale : double peine du vécu psychotraumatique	51
b.	La constitution d'annuaires : reflet d'une désertification médicale	52
2.	Une offre libérale coûteuse	53
a.	MonParcoursPsy : Une alternative de prise en charge gratuite inopérante	53
b.	La nécessaire évolution du code de la sécurité sociale	53
C	Une mission de formation inégalement assurée	55
1.	La formation, un investissement primordial	55
2.	Former les professionnel·les de santé à la prise en soin du psychotraumatisme : les relais, la relève, celles et ceux qui prêtent main forte	55
a.	La formation des psychologues	55
b.	Des formations thématiques pour les professionnel·les de la prise en charge des victimes : lien entre psychotraumatisme & autres thématiques	56
3.	La formation au repérage	57
a.	La méconnaissance/ignorance des troubles	57
b.	Le rôle des médecins traitantes, des sages-femmes etc.	58
c.	Former les associations partenaires qui adressent et/ou qui co-prennent en charge	59
d.	Former tous les acteurs et actrices de la chaîne judiciaire	59
e.	(In)Former le grand public	59
	Recommandations	61
	Méthodologie	63
	Glossaire	69
	Remerciements	71

A stylized map of France in a light beige color, set against a solid orange background. Scattered across the map are several small icons, each consisting of a group of four diverse people (two men and two women) standing next to a red location pin. These icons are placed in various regions of France, including the north, west, center, and south. In the bottom left corner, there is a large, bold, yellow number '1' with a white outline.

1

La genèse des Centres Régionaux du Psycho- traumatisme

A Un projet de labellisation de structures : les centres du psychotraumatisme

1. La volonté de déploiement d'une offre de soin adaptée - un engagement politique fort

Les victimes de violences, les professionnel·les, les associations font le constat de longue date d'une offre de soins insuffisante pour les **femmes victimes de violences**. Le manque de prise en charge du psychotraumatisme a été officiellement reconnu par l'OMS comme un problème de santé publique majeur¹.

En France, le défaut de prise en charge a été mis en lumière notamment par le Centre Hubertine Auclert² et l'association *Mémoire traumatique et victimologie*. Les victimes mettent en moyenne 13 ans pour trouver une prise en charge adaptée, sachant qu'un quart n'y accède jamais³.

Le déploiement de structures adaptées, à la hauteur du besoin et ce sur tout le territoire est primordial. Dès 2011, la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (**Convention d'Istanbul**), dont la France a été signataire à la première heure, enjoignait les États à prendre des mesures pour la protection des victimes.

1 - World Health Organization, « Global Status Report on Violence Prevention », Genève, WHO, 2014, 2016

2 - <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/egalitheque/publication/rapport-ameliorer-loffre-de-prise-en-charge-psychologique-des-femmes>

3 - <https://www.memoiretraumatique.org/>



Série des Traités du Conseil de l'Europe - n° 210

Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique

Istanbul, 11.V.2011

Article 20 – Services de soutien généraux

1 - Les Parties prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour que les victimes aient accès à des services facilitant leur rétablissement. Ces mesures devraient inclure, si nécessaire, des services tels que le conseil juridique et psychologique, l'assistance financière, les services de logement, l'éducation, la formation et l'assistance en matière de recherche d'emploi.

2 - Les Parties prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour que les victimes aient accès à des services de santé et des services sociaux, que les services disposent des ressources adéquates et que les professionnels soient formés afin de fournir une assistance aux victimes et de les orienter vers les services adéquats.

Article 25 – Soutien aux victimes de violence sexuelle

Les Parties prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour permettre la mise en place de centres d'aide d'urgence pour les victimes de viols et de violences sexuelles, appropriés, facilement accessibles et en nombre suffisant, afin de leur dispenser un examen médical et médico-légal, un soutien lié au traumatisme et des conseils.

<https://rm.coe.int/1680084840>

En 2017, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) s'est emparée du sujet, concrétisé officiellement le 25 novembre 2017 à l'occasion de la journée internationale pour l'élimination des violences à l'égard des femmes : le Président Emmanuel Macron s'engage, entre autres, à « créer dès 2018 dans les centres hospitaliers des unités spécialisées dans la prise en charge globale du psychotrauma. La résilience des femmes agressées ne passe pas seulement par une solution judiciaire mais par la consultation, par la reconstruction. La France en ce domaine a déployé de fortes compétences et 10 de ces unités seront créées en France métropolitaine dans les mois qui viennent à titre pilote. Dans le même temps, les soins psychotraumatiques liés à ces violences pourront être pris en charge par la Sécurité sociale ⁴ ». La DGOS s'engage alors dans le processus d'identification de Centres du psychotraumatisme, en commençant d'abord par identifier 10 centres pilotes possibles. Muriel Salmona, membre du groupe de travail qui a élaboré le cahier des charges rapporte que les « vagues successives de créations de 10 centres à 10 centres pour arriver aux 100 centres du projet » représentaient une véritable avancée pour la prise en charge des victimes de violences sexistes et sexuelles⁵.

L'objectif du HCE est d'évaluer le fonctionnement des centres du psychotrauma, notamment sur leur capacité de réponse efficace et proportionnée à la demande croissante de soin mais aussi et surtout, sur les conditions de prise en compte spécifique des femmes victimes de violences.

4 - Journée de lancement de la Grande cause du quinquennat, discours d'Emmanuel Macron ([lien](#))

5 - 10 unités de prise en charge globale et pluridisciplinaire du psychotraumatisme ainsi qu'un Centre national de ressource et de résilience vont ouvrir en 2019, 21 décembre 2018

2. L'élaboration concertée d'un cahier des charges ambitieux

a. Un projet initialement élaboré avec des spécialistes de l'accompagnement des femmes victimes

Le 5ème plan de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux femmes (2017-2019) comptait parmi ses objectifs **le développement d'une offre de soins psychotraumatiques pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences**.

En février 2017, sous le pilotage de la DGOS, un groupe de travail pluridisciplinaire s'est créé, composé de plusieurs directions d'administrations centrales, de personnalités qualifiées et expertes de la prise en charge des femmes victimes de violences telles que Muriel Salmona, Ernestine Ronai ou encore Fatima Le Griguer-Atig. Les participant·es ont proposé des préconisations pour l'élaboration d'un cahier des charges précis auquel devaient répondre les futurs centres dédiés à la prise en charge des victimes de violences présentant des syndromes post-traumatiques.

En novembre 2017, la mise en place de dispositifs de **prise en charge du psychotraumatisme** est inscrite dans le plan interministériel d'aide aux victimes. La feuille de route « *santé mentale et psychiatrie* »⁶ rappelle que ce dispositif, annoncé le 25 novembre 2017 à l'occasion de la journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes, est « *à vocation de différents publics* » (et concerne donc toutes les formes de violences ou situations traumatogènes).

b. Un cahier des charges national aux missions cohérentes avec la prise en charge des femmes victimes de violences

En juin 2018, l'instruction est lancée sur l'ensemble du territoire français. Elle a pour objet de « *décrire les modalités d'identification d'une dizaine de dispositifs spécialisés dans la prise en charge globale du psychotraumatisme annoncés le 25 novembre 2017 par le Président de la République* ». Ces structures, identifiées à titre pilote, doivent être en capacité de mettre en place l'ensemble des éléments demandés dans le cahier des charges. Les missions s'articulent en 2 dynamiques :

Au regard des répercussions des violences sur toutes les sphères de la vie de la victime, la nécessité d'une **prise en charge globale et gratuite** est un élément fondamental pour les victimes de violences. La prise en charge psychique est primordiale, mais elle doit être associée à une prise en charge somatique (co-morbidités, problèmes gynécologiques etc.) et à un accompagnement social voire juridique. Dans le cas où cette prise en charge globale ne peut être fournie sur place, le centre du psychotraumatisme a pour mission d'assurer « *l'animation des compétences de cette prise en charge globale sur le territoire* » et la mise en lien avec les victimes.

La difficulté d'accès à une prise en charge adaptée des victimes de violences souffrant de syndrome post-traumatique résulte en partie d'un nombre insuffisant de professionnel·les formé·es dans le repérage des symptômes et dans les techniques thérapeutiques. Une autre mission des centres du psychotraumatisme est d'assurer **une fonction de formation auprès des pairs et d'autres professionnel·les** en lien avec les victimes, dont les associations d'accompagnement.

Les missions confiées à ces dispositifs sont assez larges et reflètent une bonne compréhension des enjeux que recouvre la problématique des violences contre les femmes.

6 - présentation de la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie (juin 2018) p22

c. Un projet qui perd sa spécificité initiale de protection des femmes victimes de violences

Les centres ont la particularité de s'adresser à un **public extrêmement large** : ils doivent prendre en charge toute personne, adulte ou enfant, présentant un psychotraumatisme, simple ou complexe, non seulement du fait de violences sexistes ou sexuelles, mais également du fait d'autres situations traumatogènes : guerre, attentat, agression physique, accident de voiture, deuil etc. Pour répondre à ce critère de large public cible, certaines structures candidates à l'identification, telles que l'antenne du Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger du CRP Paris Nord spécialisée dans l'accueil de femmes victimes de violences, ont dû faire évoluer leurs activités pour candidater à l'appel à projet.

Ainsi, l'idée initiale de se concentrer sur l'accompagnement spécifique des femmes victimes de violences n'a pas été traduite dans l'instruction de 2018.

B La prise en charge des troubles psycho-traumatiques conséquences des violences sexistes et sexuelles : une question de santé publique

1. Les troubles du stress post-traumatique (TSPT)

Le stress post-traumatique est un ensemble de symptômes consécutifs à un événement traumatisant qui altèrent de façon significative la vie personnelle, sociale et professionnelle⁷.

Les violences sexuelles sont particulièrement massives et représentent le type de violences ayant les conséquences les plus graves et les plus durables sur la santé psychique et physique. En effet, les recherches montrent que ces victimes sont les plus à risque de développer des troubles psychotraumatiques chroniques. Une étude conduite par l'équipe de Rachel Yehuda⁸ en 2015 montre que la probabilité de développer un syndrome post-traumatique après un viol est très élevée en comparaison à d'autres événements traumatogènes, le viol étant un événement particulièrement pathogène. Ces données sont confirmées par l'étude épidémiologique conduite par l'équipe de Ronald Kessler en 2017⁹. Si, tous événements traumatogènes confondus, le risque conditionnel de développer un syndrome post-traumatique après une exposition traumatique est de 4 %¹⁰, il s'élève à 19 % pour le viol, à 11,7 % pour des violences commises par un partenaire intime et à 10,5 % pour une agression sexuelle en dehors d'un viol.



7 - <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique>

8 - Yehuda R, Hoge CW, McFarlane AC, Vermetten E, Lanius RA, Nievergelt CM, Hobfoll SE, Koenen KC, Neylan TC, Hyman SE. *Post-traumatic stress disorder*. Nat Rev Dis Primers. Octobre 2015

9 - Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, Degenhardt L, de Girolamo G, Dinolova RV, Ferry F, Florescu S, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Karam EG, Kawakami N, Lee S, Lepine JP, Levinson D, Navarro-Mateu F, Pennell BE, Piazza M, Posada-Villa J, Scott KM, Stein DJ, Ten Have M, Torres Y, Viana MC, Petukhova MV, Sampson NA, Zaslavsky AM, Koenen KC. *trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys*. Eur J Psychotraumatol. Octobre 2017

10 - Liu H, Petukhova MV, Sampson NA, et al. *Association of DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder With Traumatic Experience Type and History in the World Health Organization World Mental Health Surveys*. JAMA Psychiatry. Mars 2017

Le syndrome post-traumatique peut se traduire notamment par :

- la reviviscence répétitive des événements (flash-back, pensées intrusives, cauchemars)
- des conduites d'évitement des pensées, des discussions, des lieux en lien avec le ou les événements violents
- des épisodes d'amnésie partielle ou complète du ou des épisodes traumatiques
- des symptômes de dépersonnalisation, dissociation et/ou déréalisation
- le développement de signes d'hypervigilance, irritabilité, difficultés de concentration, troubles du sommeil
- un état de stress qui peut retentir sur la santé mentale (dépression, anxiété) et physique (insomnies, migraine, hypertension, troubles digestifs etc.)

Suite à l'événement, ces signes sont considérés comme un état de stress aigu, lorsqu'ils persistent plus de 4 semaines. La plupart des personnes vont guérir de ces troubles dans les 3 mois, mais environ 20 % vont développer une forme chronique du syndrome.

2. Les recherches sur les bases cérébrales du syndrome post-traumatique

Les mécanismes neuronaux du syndrome post-traumatique sont partiellement connus. Des expériences d'imagerie cérébrale par IRM montrent des modifications dans l'anatomie et/ou le fonctionnement du cerveau¹¹, tandis que d'autres études ne confirment pas ces observations¹². Ces résultats contrastés s'expliquent par l'hétérogénéité des expériences subjectives en réponse à des événements traumatiques, eux-mêmes de nature variée.

Il faut souligner que la présence de modifications dans un cerveau ne signifie pas qu'elles y resteront gravées. En effet, le cerveau fabrique sans cesse de nouvelles connexions entre les neurones en fonction des événements de la vie, des expériences, des apprentissages. On parle de « **plasticité cérébrale** » pour décrire cette capacité du cerveau à se réorganiser tout au long de la vie¹³. Des événements traumatiques peuvent avoir des répercussions dans le cerveau sans pour autant altérer ses capacités de plasticité. Au cours de l'évolution psychologique propre à chaque personne, de nouveaux circuits de neurones vont se mobiliser progressivement pour traverser les épreuves et permettre de retrouver un équilibre mental.

La poursuite des recherches scientifiques sur les liens entre psychotraumatisme et violences masculines serait la bienvenue.

3. Les traitements recommandés

Selon les études de l'Inserm et de la HAS¹⁴, les traitements recommandés en première intention sont les psychothérapies ciblées, telles les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ou EMDR (eye movement desensitization and reprocessing). Sur le plan médicamenteux, des sédatifs, des antidépresseurs ou des anxiolytiques peuvent être prescrits en complément de la psychothérapie, selon les besoins du ou de la patient.e. Ils ont toutefois une efficacité limitée, purement symptomatique.

11 - Thome J et al. The neural correlates of trauma-related autobiographical memory in posttraumatic stress disorder : A meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2020 37, doi : [10.1002/da.22977](https://doi.org/10.1002/da.22977)

12 - Mertens YL et al. Neural correlates of acute post-traumatic dissociation : a functional neuroimaging script-driven imagery study. *BJPsych* 2022, 10, doi : [10.1192/bjo.2022.65](https://doi.org/10.1192/bjo.2022.65)

13 - C Vidal, « *Nos cerveaux resteront-ils humains ?* », Le Pommier 2019 ; « *Nos cerveaux, tous pareils, tous différents* », Belin, 2015

14 - <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique>

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215922/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-syndromes-psychotraumatiques-enfants-et-adultes-note-de-cadrage

4. La nécessité d'une prise en charge précoce et à long terme

Une prise en charge la plus rapide possible est impérative : les patient-es qui bénéficient d'une prise en charge globale immédiate souffrent deux fois moins de syndrome post-traumatique six mois après les faits¹⁵.

La prise en charge se doit d'être pluridisciplinaire pour assurer la prise en compte des dimensions psychologique et psychiatrique, somatique, juridique et sociale¹⁶.

5. La nécessité d'une approche féministe dans la prise en charge spécifique des femmes victimes de violences

Les traumatismes liés à une situation catastrophique extrême (attentat, accident etc.) et ceux issus de violences masculines peuvent se ressembler en termes de symptomatologie, cependant la prise en charge des femmes victimes de violences ne peut être calquée sur la prise en charge des victimes de catastrophes. En effet, il est impératif de prendre en compte les conditions spécifiques vécues par les femmes : expositions répétitives aux violences tant que l'agresseur n'est pas éloigné, prise de conscience par la victime de la stratégie de domination de l'agresseur, sensibilisation au contexte socio-culturel de la domination des hommes sur les femmes etc. Le Haut Conseil à l'Égalité rappelait lors de la publication de son 5ème rapport annuel sur l'état du sexisme en France¹⁷ que « les stéréotypes de genre sont à l'origine des inégalités, des discriminations, des violences, des situations d'emprise et de domination ». Le Collectif Féministe Contre le Viol (CFCV) a récemment consacré un livret juridique¹⁸ sur les spécificités des violences sexuelles et sexistes dont les femmes sont majoritairement victimes. La compréhension, notamment, de la stratégie de l'agresseur et par conséquent des leviers à activer pour venir en aide efficacement à une victime de violences masculines est décryptée par cette association.

Malgré la mission élargie de traiter des syndromes post-traumatique issus de tous types d'événements traumatiques, les CRP doivent s'efforcer d'apporter une attention toute particulière aux femmes victimes de violences sexistes et sexuelles et ne pas négliger la prise en charge spécifique dont elles doivent bénéficier.

15 - Post-traumatic stress disorder, NICE guideline, 2018, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>

16 - https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215922/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-syndromes-psychotraumatiques-enfants-et-adultes-note-de-cadrage

17 - <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/stereotypes-et-roles-sociaux/actualites/article/le-hce-fete-ses-10-ans-et-lance-sa-campagne-de-lutte-contre-le-sexisme>

18 - <https://cfcv.asso.fr/livret-juridique/>

Éléments spécifiques de la stratégie des auteurs de violences sexuelles et sexistes

Des caractéristiques semblables dans la stratégie mise en place par l'auteur de violence à l'encontre d'une femme, quels que soient la forme de violence exercée et le statut de l'agresseur.

Après avoir **choisi, sélectionné, séduit** celle qui deviendra sa victime, il organise l'agression ou les agressions en fonction de **cinq priorités principales** :



Verrouiller le secret

Les décisions relatives à l'intervention sont facilitées lorsque l'analyse des faits permet de mettre en évidence que plusieurs, ou toutes, ces caractéristiques de la stratégie sont présentes : **il s'agit bien de violence, c'est-à-dire d'actes volontaires qui portent atteinte à la personne.**

L'intervention qui suivra ne peut que se fonder sur **la loi qui protège les victimes et sanctionne les auteurs.**

Contrecarrer, contrebalancer, déjouer la stratégie de l'agresseur

Enfin, venir en aide aux victimes c'est tout simplement faire l'inverse de ce qu'a cherché à accomplir l'agresseur.

1 Il l'isole

Je me **rapproche**, je manifeste mon **intérêt** pour elle, je **cherche le contact**, je ne laisse pas le silence entre nous, je l'aide à **repérer** autour d'elle qui peut l'aider, la **soutenir**.

2 Il l'humilie

Je la **valorise** : elle est **courageuse**, elle cherche une solution, elle envisage des possibilités, je **salue ses capacités** : dans son emploi, vis-à-vis de sa famille, dans son parcours de démarche etc... Je l'**invite à décider** et je valide ses décisions.

3 Il fait régner la terreur

Je me préoccupe d'**assurer sa sécurité** en utilisant tous les recours : **policier, judiciaire, social, associatif, familial**... Tout en lui démontrant la dangerosité de son agresseur, je **résiste moi-même à l'emprise de la peur** en me servant de la **loi**, qui sanctionne et réprime de tels agissements, pour **raisonner**.

4 Il la rend responsable

Je m'appuie sur le **droit**, sur la **loi pénale** pour attribuer à l'auteur de violence la **pleine et totale responsabilité de ses actes**.

5 Il assure son impunité en recrutant des alliés-es

Je suis sur mes gardes pour **ne pas être recruté-e parmi ses alliés-es**. C'est là le plus difficile de notre mission car l'ensemble de notre système culturel et social est du côté des agresseurs. Il faut **résister** à nos réflexes ancestraux : **déni** de la gravité des faits, recours au **fatalisme**, **paresse** à affronter les personnes dominatrices et choix des procédures relevant davantage de la **médiation**, de l'**accommodement**, de la réciprocité.

Quand il y a violence : **ce n'est plus le temps de la négociation** mais **le temps de la loi** qui donne à chacun-e sa place et son statut : **il y a une victime, il y a un agresseur**.

**COLLECTIF FEMINISTE
CONTRE LE VIOL**
VIOLS FEMMES INFORMATIONS

N° national 0 800 05 95 95
APPEL GRATUIT / ANONYME / LUN-VEN 10H-19H

C Des problèmes dans la sélection des centres et du budget dédié

1. Un appel à projet permettant d'identifier les structures porteuses

a. Une première vague de sélection des candidatures en 2018

(i) Le critère d'expérience en question

Sur un total de 45 projets, 39 étaient portés par des établissements de santé. Parmi les 10 projets retenus lors de la première vague, tous étaient rattachés à des centres hospitaliers, offrant ainsi aux CRP naissants une crédibilité médicale et un potentiel de co-financements. Cependant, certains de ces établissements n'avaient pas forcément d'expérience sur le psychotraumatisme propre aux femmes victimes de violences masculines, contrairement et au détriment de structures indépendantes expérimentées mais ne disposant pas d'un appui hospitalier. Ce critère d'expérience n'a manifestement pas été jugé déterminant pour la sélection des dispositifs.

Dans ce rapport, seront évoqués deux centres associatifs (Women Safe and Children et l'Institut de Victimologie) qui prennent en charge les femmes souffrant de syndrome post-traumatique. Ces centres n'ont pas été financés par le dispositif des CRP.

(ii) L'ancrage territorial

Un second critère de sélection des projets était la localisation au regard de l'objectif de couverture de territoire. C'est le sens de la démarche entreprise par Women Safe and Children entre autres.

Women Safe and Children n'est pas un CRP mais un centre associatif, non financé par le dispositif CRP.



Women Safe and Children : une association qui accueille les femmes victimes de violences de provenances géographiques différentes.

L'Institut Women Safe and Children propose un accompagnement polymodal de femmes victimes de violences souffrant de syndrome post-traumatique. Compte tenu du fait que les victimes parcourent de longues distances pour s'éloigner de l'agresseur et/ou trouver de l'aide, l'Institut reçoit des femmes de différents départements. En 2021, l'Institut « s'est lancé dans un processus d'essaimage de son modèle, s'adaptant aux réalités de l'écosystème local. »

b. Une deuxième vague de sélection des candidatures en 2021

Une nouvelle vague de sélection a débouché sur le financement de 5 projets supplémentaires en 2021 répondant à la logique d'ancrage territorial.

L'ouest du territoire peu représenté lors de la première vague en a bénéficié. Certaines structures qui n'avaient pas été sélectionnées dans la première vague, telles que l'actuel CRP de la Nouvelle-Aquitaine (pilote par les deux établissements de santé les plus importants de la région : le CH Charles Perrens à Bordeaux et le CHU de Poitiers) avait reçu un financement de l'ARS¹⁹ avant d'obtenir un financement national de la seconde vague.

À l'issue de cette deuxième vague, 15 centres recouvrent alors le territoire métropolitain et ultramarins. L'objectif de couverture territoriale est atteint au seul détail près que le maillage resserré souhaité au départ avec des créations de centres en vagues successives pour atteindre un nombre de 100 sur toute la France semble abandonné. Au final, les 15 centres sélectionnés ne sont plus des centres « pilotes », comme dénommés à l'origine, mais deviennent des centres « régionaux » du psychotraumatisme (les CRP) à budget constant.

Le maillage territorial resserré de ces centres²⁰ est calibré dans le rapport explicatif de la Convention d'Istanbul de 2011²¹ de la manière suivante :



Série des traités du Conseil de l'Europe - n° 210

Rapport explicatif de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique

Istanbul, 11.V.2011

Rapport explicatif – STCE 210 – Violence à l'égard des femmes et violence domestique

142. La disposition exigeant la mise en place de ces centres oblige les Parties à la convention à veiller à ce que ceux-ci soient en nombre suffisant, d'accès facile et que leurs services soient mis en œuvre de manière appropriée. Le rapport final d'activité de la Task Force du Conseil de l'Europe pour combattre la violence à l'égard des femmes, y compris la violence domestique (EG-TFV (2008)6) recommande qu'un tel centre soit disponible pour 200 000 habitants et que les centres soient répartis géographiquement pour être accessibles aux victimes vivant en zone rurale ou en ville. Le terme « approprié » vise à garantir que les services offerts satisfont aux besoins des victimes.

c. La création du centre national de ressources et de résilience : Cn2r

Le Groupement d'intérêt public l'AP-HP Nord (Avicenne) et le CHU de Lille remportent l'appel d'offre pour la création de ce projet.

19 - L'ARS convaincue de la nécessaire existence de cette prise en charge choisit alors de financer l'ouverture du CRP en s'alignant sur le montant de l'enveloppe budgétaire allouée par la DGOS, 400 000 euros pris sur des crédits non reconductibles de la dotation annuelle de financement (DAF) psychiatrique.

20 - Ces centres sont définis comme des « centres d'aide d'urgence pour les victimes de viols et de violences sexuelles, appropriés, facilement accessibles et en nombre suffisant, afin de leur dispenser un examen médical et médico-légal, un soutien lié au traumatisme et des conseils »

21 - [Rapport explicatif de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique](#)



Le Cn2r : organisme national de référence sur la formation et le pilotage des structures de prise en charge

Des missions multidisciplinaires :

- ▶ Organisation de la recherche sur le traumatisme : de la sensibilisation auprès du grand public jusqu'à la levée de fonds pour alimenter les travaux de recherche ;
- ▶ Elaboration des bonnes pratiques de prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques ;
- ▶ Diffusion des connaissances via la formation et l'appui en expertise pour tous-tes les intervenant-es dans ce domaine ;
- ▶ Animation et coordination du réseau des dispositifs labellisés (CRP).

Le Cn2r a notamment pour mission d'animer le réseau des CRP et de les coordonner. Des réunions mensuelles sont organisées avec les CRP volontaires (environ un tiers). Leurs objectifs :

- ▶ Améliorer la prise en charge thérapeutique ;
- ▶ Partager des données socio-démographiques à recueillir lors des premiers entretiens avec les victimes ;
- ▶ Établir un lien entre les CRP afin qu'ils puissent prendre connaissance de leurs expériences respectives et s'en inspirer.

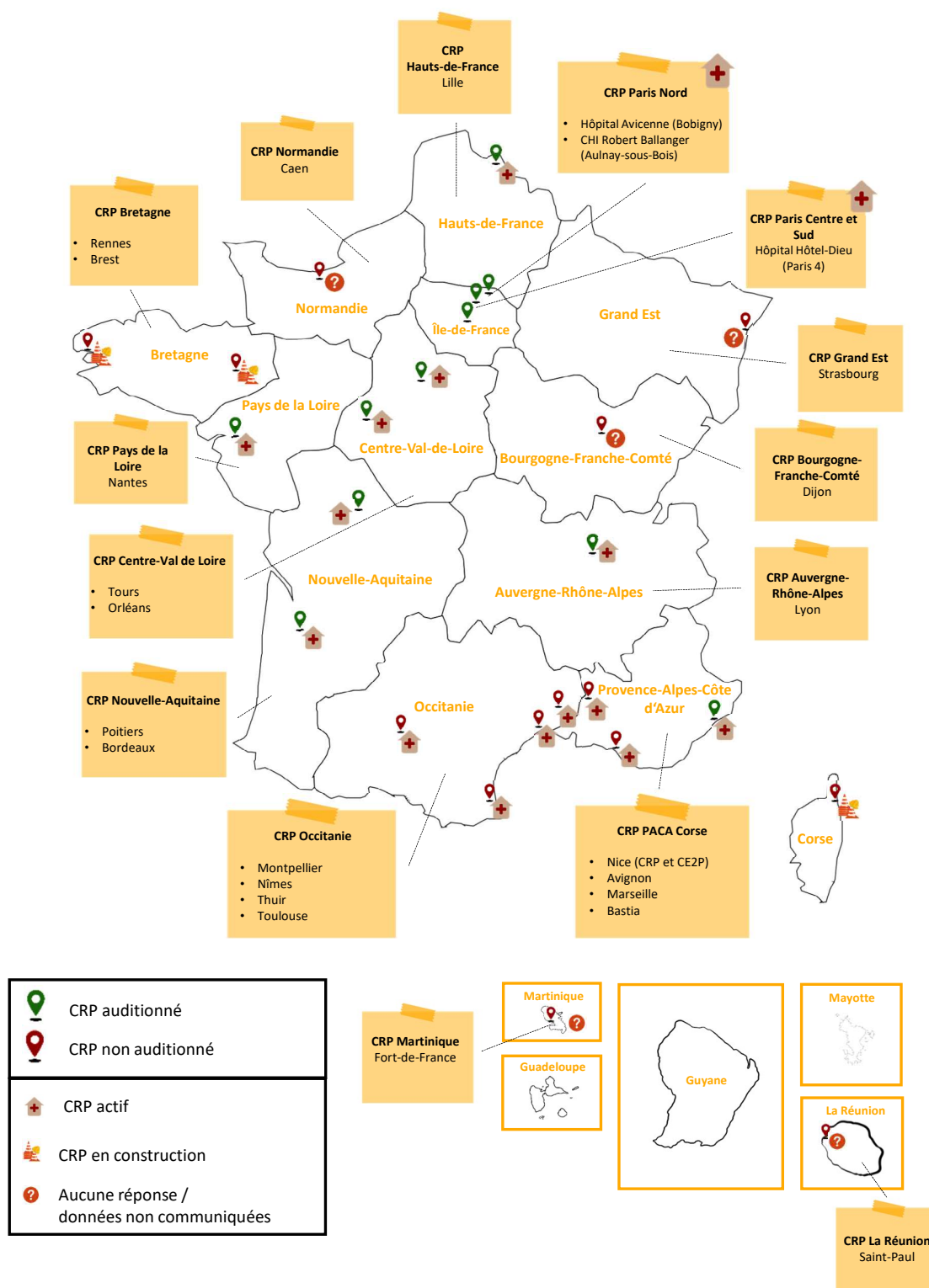
Cette mutualisation des ressources et des bonnes pratiques, représente une tentative d'homogénéisation des pratiques et des protocoles de soins qui se doit d'être développée. En effet, le réseau des CRP présente une très grande hétérogénéité de fonctionnement, rendant les comparaisons chiffrées quasi impossibles.

L'animation et la coordination des CRP doit être soutenue afin de faciliter le suivi de leurs activités.

d. La répartition actuelle des CRP sur le territoire : cartographie

Une cartographie actualisée en continu est disponible sur le site du Cn2r : <https://cn2r.fr/jai-besoin-daide/localiser-les-structures-de-soin>

Cartographie des Centres Régionaux de prise en charge du Psychotrauma



Sur 15 CRP actuellement existants, 10 sont opérationnels, le prochain à voir le jour sera celui de Bretagne. Certains dispositifs ont été financés mais ne semblent, pour l'heure, enclencher aucune mise en route au titre du dispositif (Martinique).

2. Des ressources humaines et financières sous-dimensionnées dès l'origine

a. Une dotation de 400 000 €/an par centre quelque soit le territoire couvert

(i) Des territoires déséquilibrés

Cette dotation de la DGOS est identique pour chaque CRP qui recouvrent pourtant des régions qui s'avèrent être très différentes²² en superficie et en population. Par exemple, la population de la région Auvergne-Rhône-Alpes est de 8 037 059 habitant·es ; alors que la population de Normandie est de 3 342 467 habitant·es. La superficie du territoire et son caractère plus ou moins rural, peuvent présenter des différences notables : la région de la Nouvelle-Aquitaine est par exemple la plus étendue de France, 84 061 km², alors que la superficie de la Bretagne est de 27 208 km². De plus, le niveau de vie des habitant·es, ou encore la désertification médicale varient d'une région à l'autre.

Toutes ces données témoignent d'une potentielle inégalité d'adaptation des budgets des CRP aux besoins hétérogènes des territoires.

(ii) Des territoires qui se divisent en antennes et se répartissent l'enveloppe

- Pour un meilleur maillage territorial, certains CRP ont opté pour un découpage en antennes. Ainsi la Nouvelle-Aquitaine a présenté son projet de candidature réparti en deux territoires distincts, le Sud (Bordeaux) et le Nord (Poitiers) ;
- D'autres découpages peuvent associer deux antennes de territoires voisins mais dont le fonctionnement peut rester encore très cloisonné (comme le CRP Paris Nord dont les antennes, celle de l'Hôpital Avicenne et celle du Centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger (CHIRB), se partagent la dotation mais avec des contacts très limités) ;
- Des antennes peuvent être créées au cours du temps (comme l'a fait le CRP Centre-Val de Loire en ouvrant suite à la labellisation du CRP de Tours, une antenne à Orléans, puis prochainement dans le Cher).

On notera que ce découpage géographique ne se traduit pas par une augmentation du budget. Certains CRP n'ont pas rayonné dans leur région, en raison de difficultés liées à leur implantation, leur histoire, leur tutelle et à la faiblesse des moyens alloués.

b. Des dotations complémentaires

En septembre 2021, lors des assises de la Santé mentale, **une enveloppe de 100 000 euros supplémentaires** a été annoncée pour chaque CRP afin de renforcer les équipes²³. Ces crédits ciblent notamment la prise en charge des mineur·es victimes de violences, une priorité gouvernementale du Plan de lutte contre les violences faites aux enfants. Par exemple, en concertation avec les ARS Nouvelle-Aquitaine, l'antenne du Nord de la région a développé une offre spécialisée d'expertise en psychotraumatisme pour les enfants et adolescent·es.

Il convient de saluer la pro activité de **certaines ARS qui accompagnent et débloquent des financements supplémentaires** pour pallier les subventions initiales insuffisantes. À titre d'exemple, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a débloqué un budget pour permettre à l'antenne de Bordeaux du CRP Nouvelle-Aquitaine d'effectuer le recensement de l'offre de soin en psychotraumatologie notamment.

22 - Les chiffres cités datent de 2018, <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/Le-savez-vous/Votre-region-en-chiffres>

23 - mesure 17 https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_sante_mentale-ok_01.pdf

c. Des ressources humaines dérisoires en raison d'un financement largement insuffisant

(i) Des ressources humaines variées

Les CRP doivent mobiliser des professionnels **formés au psychotrauma**, une condition du cahier des charges. L'équipe doit comporter les compétences suivantes : médecin psychiatre et pédopsychiatre ; médecin généraliste et pédiatre ; psychologue clinicien ; infirmier ; assistant de service social ; secrétariat.

Composition des équipes des CRP

		Assistant.e médico administratif.ve / Secrétaire	Psychiatre	Pédopsychiatre	Psychologue	Cadre de santé	Aide soignant.e	Infirmier.e	Assistant.e social.e	Coordinateur.ice réseau (CRP, acteurs.ices de terrain...)	Universitaire (PU, MCU, CCA AH)	Chercheur.euse	Stagiaire / Interne	Cartographe	TOTAL
CRP Nouvelle-Aquitaine	Antenne de Bordeaux 2022	1 ETP	0,6 ETP	0,5 ETP	2,5 ETP	0,1 ETP		1 ETP		0,4 ETP			0,75 ETP	1 ETP	7,1 ETP
	Antenne de Bordeaux 2021	1 ETP	0,6 ETP	0,5 ETP	2 ETP	0,1 ETP		0,5 ETP		0,4 ETP			1 ETP	1 ETP	6,1 ETP
	Antenne de Poitiers 2022	0,5 ETP	0,6 ETP	0,2 ETP	1,7 ETP	0,1 ETP		2,5 ETP		1 ETP			0,5 ETP		6,6 ETP
	Antenne de Poitiers 2021	0,5 ETP	0,6 ETP	0,2 ETP	2 ETP	0,1 ETP		2 ETP		1 ETP			0,5 ETP		6,4 ETP
CRP Occitanie	Antenne de Toulouse	0,5 ETP	0,9 ETP	0,4 ETP	1,4 ETP			1 ETP			0,5 ETP	0,6 ETP			5,3 ETP
	Antenne de Montpellier	0,5 ETP	0,6 ETP		0,8 ETP										1,9 ETP
	Antenne de Thuir		0,5 ETP					2 ETP							2,5 ETP
	Antenne de Nîmes	0,2 ETP			1 ETP			0,4 ETP			0,2 ETP				1,8 ETP
CRP Provence-Alpes-Côte d'Azur		2,1 ETP	1,5 ETP	0,5 ETP	1,9 ETP			0,5 ETP		1 ETP			3 ETP		10,5 ETP
CRP Auvergne-Rhône-Alpes	Equipe du CRP	1,5 ETP	1,5 ETP	0,6 ETP	2 ETP			1 ETP				0,7 ETP			7,3 ETP
	En mutualisation avec la CUMP sur un temps très partiel				2 ETP			1,5 ETP							
CRP Centre-Val de Loire	Antenne de Orléans	0,1 ETP	0,9 ETP		0,5 ETP	0,1 ETP		1 ETP	0,3 ETP						2,9 ETP
	Antenne de Tours														
CRP Hauts-de-France															
CRP Paris Nord	Antenne de Avicenne														
	Antenne de l'USAP du CHI Robert Ballanger	1 ETP			3,6 ETP		1 ETP		1 ETP						6,7 ETP
CRP Paris Sud			3,5 ETP		1 ETP			3 ETP							7,5 ETP

Source : Chiffres issus des rapports d'activités 2021 et 2022 fournis par les CRP

NB : Pour les problématiques de cohérence des chiffres vous pouvez vous reporter au paragraphe méthodologique à la fin du rapport

Les personnels répertoriés dans ce tableau (dont la durée de travail en équivalent temps plein est variable) ne sont pas tous financés par la dotation de 400 000 euros de la DGOS. En effet, la participation des diverses catégories professionnelles au sein des CRP n'est possible que grâce à la mise à disposition des centres hospitaliers, à la mutualisation de personnels issus d'autres dispositifs (CUMPS/ UMJ/CRIAVS) ou encore au bénévolat.

- ▶ **exemple de mise à disposition** : CRP Nouvelle-Aquitaine, antenne de Poitiers : Dans le CRP de Nouvelle-Aquitaine, Mélanie Voyer, coordinatrice de l'antenne Nord, est mise à disposition par le Centre Hospitalier Henri Laborit.
- ▶ **exemple de CDD/stage** : Dans cette même antenne, l'équipe déplore des difficultés à recruter et à composer une équipe de soignant-es formé-es au psychotrauma. Des CDD très courts (1 mois) sont effectivement souvent proposés par les CHU, et ne laissent ni le temps de former, ni le temps d'acquies un-e nouveau-elle soignant-e opérationnel-le et ce type de contrat n'intéresse pas des professionnel-les formé-es.
- ▶ **exemple de mutualisation** : Pour optimiser les moyens, les personnels compétents dans le psychotraumatisme de la CUMP ont été mutualisés sur un temps très partiel avec le CRP Auvergne-Rhône-Alpes. Ce principe de mutualisation apparaît également dans d'autres CRP notamment avec les services d'Unité Médico-Judiciaire.
- ▶ **exemple de bénévolat** : L'antenne du CHI Robert Ballanger du CRP Paris Nord fait appel au bénévolat pour compléter son équipe : un éducateur spécialisé à la retraite intervient bénévolement, une association de masseuses professionnelles intervient bénévolement pour animer les ateliers d'approche corporelle.

Cette diversité des provenances des ressources humaines, souvent employées à temps partiel, pose problème pour le fonctionnement des CRP. Par exemple, si l'activité de l'antenne de Bordeaux du CRP Nouvelle-Aquitaine a pu se développer, c'est grâce au soutien de l'hôpital Charles Perrens qui a financé des postes supplémentaires pour répondre à des besoins urgents.

L'établissement de conventions de mise à disposition systématique de professionnel-les de santé fléchés par les centres hospitaliers auxquels les CRP sont rattachés pourrait pérenniser les équipes des CRP.

(ii) Des personnels surmenés

Au regard du nombre de patient-es qui attendent une prise en charge, les CRP sont tentés d'augmenter les cadences, avec des conséquences sur la propre santé des équipes soignantes. Il convient de leur proposer une organisation du soin qui ne néglige pas leurs difficultés dans l'exercice de leurs fonctions de prise en charge des syndromes post-traumatiques (aménagement du temps des consultations, temps de synthèse et de soutien etc.).

Exemple de bonne pratique mise en place par l'Institut de Victimologie

L'Institut de Victimologie n'est pas un CRP mais un centre associatif, non financé par le dispositif CRP



À l'Institut de Victimologie, les protocoles de soins protègent les soignant-es tout en assurant la meilleure prise en charge des patient-es :

- ▶ **Limitier les consultations** : les thérapeutes ne reçoivent pas plus de 5 patient-es par jour
- ▶ **Imposer des « pauses »** : 15 ou 20 minutes entre deux patient-es afin de faire la synthèse et la transmission de sa consultation et créer les conditions nécessaires à l'accueil d'une nouvelle parole
- ▶ **Instaurer des échanges** : supervision chaque mois par un-e psychologue extérieur-e, réunions cliniques, réunions institutionnelles ...
- ▶ **Alterner les modalités de travail** : consultations externes, en équipes mobiles (considérées comme moins lourdes)

A stylized map of France in a light beige color, set against a darker beige background. Scattered across the map are several small icons, each consisting of a group of four stylized human figures in various colors (blue, green, orange, black) and a red location pin. These icons are placed in various regions of France, including the north, west, center, and south. A large, bold, yellow number '2' with a white outline is positioned on the left side of the map, partially overlapping the western coast.

2

**Les activités
des Centres
Régionaux
du Psycho-
traumatisme
limitées
à la hauteur
de leurs moyens**

Un cahier des charges ambitieux assorti d'un budget insuffisant, qui ne donne pas les moyens nécessaires aux CRP pour répondre pleinement à l'entièreté de leurs missions. Chaque CRP a fait le choix de prioriser certaines activités. La partie suivante détaille l'hétérogénéité des pratiques des différents CRP.

A Une mission de soin partiellement remplie

1. Les patient·es des CRP

a. Les adultes

Les femmes victimes de violences sont les principales patientes des CRP. La répartition des victimes selon l'origine du traumatisme varie en fonction des territoires : par exemple, comparé aux autres, le CRP PACA-Corse accueille plus de victimes d'attentats (Nice, Corse), celui de l'antenne Avicenne (du CRP Paris Nord) plus de victimes avec un parcours migratoire traumatogène, celui d'Occitanie plus de victimes de prostitution. Cependant la population fortement majoritaire concerne les femmes victimes de violences masculines, notamment violences conjugales et violences sexuelles à l'âge adulte ou enfant.

Proportion de femmes prises en charge au sein des CRP

		File active	Proportion de femmes
CRP Nouvelle-Aquitaine	Antenne de Bordeaux	317	78%
	Antenne de Poitiers	610	512 (84%)
CRP Occitanie	Antenne de Toulouse	322	191 (59%)
	Antenne de Montpellier	294	214 (73%)
	Antenne de Thuir	367	257 (70%)
	Antenne de Nîmes	206	141 (68%)
CRP Provence-Alpes-Côte d'Azur		1263	991 (78%)
CRP Auvergne-Rhône-Alpes		555	347 (63%)

Source : Chiffres issus des rapports d'activités 2021 fournis par les CRP

NB : Pour les problématiques de cohérence des chiffres vous pouvez vous reporter au paragraphe méthodologique à la fin du rapport.

Il est à craindre que l'hétérogénéité des victimes et des types de traumatismes occulte la prise en charge spécifique des syndromes post-traumatiques liés aux violences sexistes et sexuelles. En fait, il n'est pas rare que les femmes « cumulent » différents traumatismes dont les violences et agressions sexuelles. C'est le cas d'une partie des femmes migrantes. L'antenne de l'hôpital Avicenne du CRP Paris Nord, qui prend en charge beaucoup de migrantes, rapporte des situations de mariages forcés, violences physiques et sexuelles dans le pays d'origine, sur le parcours et à l'arrivée en France. C'est également le cas, des CRP qui prennent en charge les victimes de la traite, dont des victimes de prostitution qui sont majoritairement des femmes.

Les violences sexistes et sexuelles ne sont toujours pas une priorité. Bien qu'étant la population la plus représentée (59 à 84 %), l'accueil et l'accompagnement des femmes victimes de violences patriarcales n'est pas toujours la priorité dans nombre de CRP. En témoigne aussi le peu d'études sur la prise en charge des femmes victimes de violences ou certaines pages de sites spécialisées en psychotraumatologie.

b. Les enfants

Depuis 2011, la Convention d'Istanbul considère les enfants témoins des violences dans leur foyer comme des co-victimes. Fatima Le Griguer - Atig, coordinatrice de l'antenne du CHI Robert Ballanger du CRP Paris Nord, constate que 80 % des femmes prises en charge par le centre sont des mères et qu'il convient d'accompagner conjointement leurs enfants.



Affiches de la campagne départementale de Seine-Saint-Denis, signée par 24 villes, et plusieurs associations et institutions sur l'impact des violences conjugales sur les enfants. Coordonnée par la ville de Romainville et l'Observatoire des violences envers les femmes de Seine-Saint-Denis, cette campagne a été la première en France sur ce sujet.

En 2022, le rapport de la Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants (CIVIISE)²⁴ a révélé l'ampleur des violences sexuelles commises contre les enfants et les conséquences néfastes sur leur santé.

Les CRP ont aussi pour mission la prise en charge du public enfant.

Le CRP Centre-Val de Loire et particulièrement l'antenne de Tours dont les consultations « enfants » représentent 20 % de l'activité, œuvre au développement de cet accueil. Wissam El Hage, le responsable, rappelle que « plus le traumatisme est traité tôt, plus l'accompagnement proposé sera efficace ».

24 - Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants

Women Safe and Children et l'Institut de Victimologie ne sont pas des CRP mais des centres associatifs, non financés par le dispositif CRP ;

L'institut de Victimologie et Women Safe and Children, deux centres associatifs qui prennent en charge les femmes et les enfants

« Parce que 80 % des femmes accueillies déclarent dans leur anamnèse des violences dans l'enfance, parce que de plus en plus conscientes que ces violences affectent également leurs enfants, parce que la majorité des auteurs de violences ont subi des violences durant leur enfance, Women Safe devient Women Safe & Children, étendant par là son action aux enfants et adolescent·es, victimes à part entière des violences, qu'elles leur soient ou non directement adressées. » (Frédérique Martz, co-fondatrice de WS&C).

Depuis 2017, l'Institut s'organise donc autour de deux pôles de prise en charge multidisciplinaire, l'un dédié aux victimes adultes et le second aux mineur·es.

Certains CRP ont fait le choix d'orienter la rallonge budgétaire récemment allouée vers le développement de la filière infanto-juvénile.

Au regard de la spécificité de la prise en charge des enfants (compétences en pédopsychiatrie, psycho-éducation, signalements aux services sociaux/de police), les CRP en incapacité d'accueillir ce type de public tissent des partenariats avec des structures publiques ou privées : UAPED (Unité d'Accueil Pédiatrique Enfants en Danger), PMI (Protection Maternelle et Infantile), consultations spécialisées en psychotraumatologie rattachées au pôle pédopsychiatrie du CHU pilote, Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (comme c'est le cas pour le CE2P, Centre d'Évaluation Pédiatrique du Psychotraumatisme à Nice)²⁵.

Dans le présent rapport, il a été choisi de ne pas évaluer le rôle des CRP dans la prise en charge des enfants. Néanmoins, le HCE rappelle **la priorité absolue de mettre en lumière la problématique des violences massives, tout particulièrement sexuelles, dont sont victimes les enfants.**

2. La prise de contact avec le CRP

a. Les modalités d'adressage

À l'exception des CRP Pays de la Loire et de l'antenne de Bordeaux en Nouvelle-Aquitaine qui ne reçoivent que des patient·es adressé·es par des médecins, l'écrasante majorité des CRP n'instaure aucun filtre quant à l'adressage : un premier contact peut être effectué par la victime elle-même, des proches, des associations ou des professionnel·les du soin. Il est indispensable que le ou la patient·e se sente concerné·e par la thérapie et que la demande soit exprimée personnellement.

Généralement, un secrétariat téléphonique joignable directement permet aux victimes d'entrer en contact avec le centre. Les patient·es en prennent connaissance via internet, le bouche à oreille, ou les structures partenaires. Souvent une adresse mail unique est mise à disposition, ce qui facilite la démarche des victimes de traumatisme(s) qui peuvent avoir des difficultés à passer un appel téléphonique.

À noter que la prise de contact spontanée de la part des patient·es n'est pas le mode d'adressage le plus fréquent. Il concerne surtout les patient·es qui présentent des traumatismes simples.

25 - Antenne infantile du CRP PACA-Corse, financièrement rattaché à la Fondation Lenval qui est une structure privée composée d'une équipe hybride : un tiers des soignant·es ont un statut FEHAP (Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne) et les deux tiers restants sont employé·es par le CHU.

(i) Le prolongement des services de première ligne CUMP, UMJ, urgences ...

Les CRP n'intervenant qu'en deuxième intention, une partie conséquente des personnes adressées l'est souvent de la part des services de soin de première ligne :

- ▶ **Les urgences psychiatriques** sont souvent la porte d'entrée des victimes. Une partie de la formation des cinquièmes années de médecine à Lille est consacrée à l'accueil des femmes victimes de violences.
- ▶ **Les CUMP (Cellules d'Urgence Médico-Psychologique)** dont le rôle est d'intervenir dans des situations d'urgence mais non pas d'effectuer un suivi, adressent de nombreuses personnes aux CRP. La collaboration est très fréquente avec les CUMP.
- ▶ **Les UMJ (Unités Médico-Judiciaires)** ont souvent des liens très étroits avec les CRP, de par la mise en place de protocoles conjoints et de partage de ressources humaines. Par exemple le CRP Hauts-de-France, issu de la consultation régionale des psychotraumatismes créée en 1996, a repris et renforcé les dispositifs existants : filière « *violences conjugales* », « *protocole viol* » associant l'UMJ et le service de gynécologie du CHU, partenariat avec le monde associatif.
- ▶ **Les généralistes, infirmier-es et psychologues** lorsqu'ils et elles sont formé-es au repérage des psychotraumas sont des leviers importants dans la sortie de l'errance de diagnostic des victimes.

(ii) L'orientation de la part des associations spécialisées partenaires

Selon l'importance du travail d'animation du réseau par les CRP et l'énergie déployée à se faire connaître, les associations d'aide aux victimes peuvent être des sources d'adressage telles que France Victimes, le Planning familial, les CIDFF, les numéros d'écoute etc.

Le HCE a mené une consultation auprès des associations d'accompagnement des femmes victimes de violences²⁶. La majorité des réponses au questionnaire envoyé par les têtes de réseau montrent :

- ▶ une connaissance insuffisante de l'existence des CRP sur leur territoire
- ▶ un souhait de tisser des partenariats afin de :
 - proposer une orientation réciproque selon les modalités de chacun ;
 - assurer une prise en charge complémentaire coordonnée dans des délais en adéquation avec les besoins des victimes ;
 - échanger des compétences.

L'adoption d'une stratégie du « *aller vers* » permettrait aux CRP d'être identifiés le plus largement possible. Ils doivent **se faire connaître comme un lieu d'orientation des femmes victimes de violences susceptibles de présenter un psychotraumatisme auprès de tous-tes les acteurs et actrices du territoire (professionnel-les de santé, associations, élu-es, etc.)**. Ils peuvent se signaler à tous-tes les généralistes, hôpitaux, forces de l'ordre, urgences des hôpitaux, associations spécialisées ; participer aux comités locaux, aux commissions départementales ; créer des outils de communication.

Néanmoins, il convient de noter que cette visibilisation représente un risque pour les CRP de se retrouver asphyxiés par la demande. Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, Nathalie Prieto coordinatrice du CRP, alerte sur le fait que ses locaux trop exigus ne permettent pas d'accueillir confortablement les patient-es, ce qui nuit à la réputation du CRP. La plateforme téléphonique du CRP Paris Centre Sud est diffusée et souvent engorgée par l'afflux d'appels.

En l'état actuel, les équipes des CRP oscillent entre le développement de leur visibilité d'une part et l'incapacité à absorber la demande que cette visibilité entraînerait d'autre part.

26 - La méthodologie de cette consultation est détaillée à la fin du rapport



Le Collectif Féministe Contre le Viol a été créé en 1985 pour réagir contre les viols commis dans des lieux publics de la région parisienne, en pleine rue ou dans des transports en commun, devant des témoins passifs. Nous gérons les deux permanences téléphoniques nationales « *Viols Femmes Informations 0 800 05 95 95* » depuis 1986 et « *Violences Sexuelles dans l'Enfance 0 805 802 804* » depuis 2021.

Ces permanences proposent aux personnes qui ont subi des violences sexuelles une écoute, un soutien solidaire, des informations pour les démarches qu'elles veulent entreprendre, **des orientations vers des structures locales**, tout en préservant leur anonymat si elles le désirent. En rassemblant les appels, le CFCV entend porter la parole des victimes, faire connaître la réalité du viol pour la personne et la société.

« Ce que nous souhaiterions, c'est que les CRP aient un fonctionnement qui se rapproche des Centres de Prise en Charge des Violences Sexuelles (CPVS) comme il en existe en Belgique, avec une prise en charge globale des violences sexuelles » → cf. encart sur les CPVS dans la partie II.A2biii



Les Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

Les 98 CIDFF - répartis sur l'ensemble du territoire national - exercent une mission d'intérêt général dont l'objectif est d'informer, accompagner et orienter le public, en priorité les femmes, dans les domaines de l'accès au droit, la lutte contre

les violences sexistes, le soutien à la parentalité, l'emploi, la formation professionnelle et la création d'entreprise, la sexualité et la santé.

« La fédération nationale des CIDFF (FNCIDFF) relève que les partenariats locaux mis en place entre les CIDFF et les CRP s'avèrent bénéfiques pour les victimes. Seulement, quelques difficultés subsistent. Celles-ci sont relatives à l'hétérogénéité des CRP, à la formation des professionnel·les, aux délais de prise en charge et à l'orientation des victimes.

Afin de surmonter ces obstacles, la FNCIDFF préconise notamment de :

- ▶ Former les professionnel·les des associations sur le repérage du psychotraumatisme mais aussi les professionnel·les des CRP sur les violences faites aux femmes afin - notamment - de faciliter les orientations réciproques
- ▶ De renforcer le maillage territorial des CRP afin de pallier le manque de professionnel·les et réduire les délais de prise en charge des victimes
- ▶ Permettre aux CRP et aux CIDFF de renforcer leur travail partenarial grâce à une meilleure communication et identification de leurs missions »



L'Association Francophone de Femmes Autistes est une association qui vise à défendre les droits des filles et des femmes autistes et/ou des enfants et femmes en situation de handicap et à lutter contre les violences sexistes et sexuelles et la pédocriminalité.

L'AFFA participe activement à l'élaboration de toute mesure concernant les droits des enfants et des femmes en situation de handicap quel que soit leur âge. Elle travaille de manière constructive avec les autorités compétentes afin de permettre l'enrichissement des réflexions les concernant.

L'association joue un rôle de prévention, de repérage et d'accompagnement dans la lutte contre les violences sexistes et sexuelles avec la création d'outils à destination des professionnel·les, des personnes en situation de handicap et leur famille. Elle intervient également dans tous lieux utiles pour améliorer la prise en compte des spécificités des enfants et des femmes en situation de handicap. L'association travaille en partenariat auprès d'autres associations défendant le droit des enfants et des femmes et de lutte contre les violences sexistes et sexuelles.

L'association rappelle que selon une étude scientifique française, neuf femmes autistes sur dix sont victimes de violences sexuelles dont 47 % avant 14 ans et 37 % avant 9 ans. Les conséquences psychotraumatiques de ces violences sont très peu prises en compte mettant systématiquement les comportements en lien avec le traumatisme sur les symptômes du handicap, provoquant une perte de chance d'autonomisation considérable.

« Les liens avec les Centres ressources psychotrauma sont quasi inexistantes puisque ceux-ci sont soit inaccessibles soit dans une réorientation vers un psychiatre en libéral ou un hôpital de jour pour la prise en charge du psychotrauma en lien avec un viol soit une méconnaissance ou connaissance limitée de l'autisme. Nous préconisons que les CRP puissent bénéficier d'une sensibilisation des spécificités des handicaps et aussi une mise en place d'un partenariat avec le centre ressources autisme de leur région. »



Le Planning familial, mouvement féministe et d'éducation populaire, milite depuis plus de 60 ans pour l'égalité des genres et la possibilité pour chaque personne de vivre une sexualité épanouie, à l'abri des grossesses non prévues et des infections sexuellement transmissibles.

Le Planning familial défend le droit à l'éducation à la sexualité, à la contraception, à l'avortement, et lutte contre les violences et les discriminations liées au genre et à l'orientation sexuelle.

Les modalités d'intervention du Planning sont multiples (entretiens de counseling, consultations médicales, groupes de parole, animations en milieu scolaire, actions auprès de publics spécifiques, investissement de l'espace public...).

« Grâce à un maillage sur l'ensemble du territoire, le Planning travaille avec un grand réseau associatif concernant l'accueil des femmes victimes de violences. Nos équipes pratiquent le repérage systématique des violences et nous orientons vers des lieux spécifiques tels que les CRP. Nous souhaitons que ces lieux soient identifiés par les associations, professionnels. Leurs accès soient faciles et accessibles à toutes et à tous. »



Femmes solidaires, mouvement féministe, laïque et d'éducation populaire, s'engage pour faire reculer toutes formes de discriminations et développer une éducation non sexiste et non violente. Elle informe, sensibilise sur les droits des femmes afin de contribuer à l'évolution des mentalités vers une société libérée

des rapports de domination. L'association défend les valeurs fondamentales de laïcité, de mixité, d'égalité pour les droits des femmes, de paix et de liberté.

L'association anime des permanences d'écoute pour conseiller, orienter et accompagner les femmes dans leurs démarches (sur rendez-vous). Elle intervient dans le monde éducatif. Elle se porte partie civile dans les procès relatifs aux violences faites aux femmes.

« Les Centres Régionaux du Psychotrauma sont fondamentaux pour un accompagnement performant et une meilleure prise en charge des femmes victimes de violences. Malheureusement, nous n'avons pas de relation avec eux. Cependant, la majorité des femmes que nous accueillons dans nos permanences sont victimes de psychotraumatismes dus aux violences qu'elles ont subi tout au long de leur vie et spécifiquement au sein du couple. Nous attendons des CRP, une articulation efficace avec les associations spécialisées dans l'accueil des femmes victimes de violences, une ligne dédiée ou (une méthode de communication privilégiée) pour les associations locales afin de faciliter la prise en charge vis-à-vis de l'évaluation de la situation et des formations internes aux accueillant.e.s bénévoles aux sein des associations sur les conséquences des stress post-traumatiques dues au vécu des victimes, cette formation permettrait une meilleure évaluation et orientation vers les services compétents. »



Le réseau France Victimes regroupe 130 associations d'aide aux victimes sur l'ensemble du territoire français, métropolitain et outre-mer. Spécialisés dans l'accompagnement judiciaire, les 1650 professionnels de ces structures agréées par le ministère de la Justice, apportent un soutien, annuellement, à 320 000 victimes, tout type d'infractions confondues, dans la durée, gratuitement et de manière confidentielle.

Près de 90 000 femmes victimes de violences ont été soutenues par France Victimes en 2022, via un accompagnement pluridisciplinaire individualisé, tourné autour de l'écoute, l'information juridique,

le soutien psychologique et l'accompagnement social, en corrélation avec leur parcours judiciaire (lorsqu'il y en a un) ; les associations France Victimes participent également à l'attribution le cas échéant des dispositifs de protection (TGD, Bracelets anti-rapprochement, etc.) pour lesquels elles évaluent l'éligibilité des situations, et assurent un suivi des victimes, dans la majorité des tribunaux judiciaires, en lien avec les autres acteurs locaux.

« Les CRP représentent pour France Victimes des partenaires de proximité essentiels : ils facilitent les orientations, constituent des relais efficaces dans la prise en charge des femmes victimes de violences notamment, dans des délais adaptés et avec un soutien de qualité assuré par des professionnels formés au psychotrauma. Il y a une véritable complémentarité entre les CRP et les associations France Victimes, et il est indispensable que chaque antenne, au niveau local, renforce ce maillage, se connaisse, se rencontre régulièrement (autour de formations, réunions thématiques d'échanges, etc.) pour améliorer au quotidien l'accompagnement des victimes. »

FACE À L'INCESTE

Face à l'inceste est une association de protection de l'enfance qui combat le tabou de l'inceste et de la pédocriminalité. Créée en 2000, animée par plus de 35 bénévoles survivants de l'inceste, proches de survivants, professionnels et citoyens impliqués dans la lutte contre le fléau de l'inceste, elle compte près de 8000 membres et plus de 400 adhérents. Les missions de Face à l'inceste sont de prévenir en formant les professionnels et en accompagnant la recherche, de militer pour changer les lois et de réunir en créant une communauté de victimes et de proches. Ses combats militants historiques sont l'insertion de l'inceste dans le code pénal en tant que crime spécifique et imprescriptible auquel l'enfant ne saurait consentir et l'obtention d'un plan de prévention gouvernemental.

« Nous attendons des centres de soins spécialisés en psychotrauma qu'ils aillent « au devant » des victimes par tous les moyens pour les soigner. Cela implique du personnel formé et une offre de soin adaptée au trauma complexe. »



Le Mouvement du Nid – France est une association reconnue d'utilité publique agissant en soutien aux personnes prostituées. Implanté dans toute la France, le Mouvement du Nid est à la fois une association de terrain et un mouvement de société : il appelle à un engagement citoyen, politique et culturel contre le système de la prostitution et l'ensemble des violences contre les femmes.

Son action se décline en 5 axes :

- ▶ La rencontre des personnes sur les lieux de prostitution, y compris sur internet
- ▶ L'accueil inconditionnel et l'accompagnement des personnes en situation de prostitution
- ▶ La formation des actrices et acteurs sociaux
- ▶ La prévention, notamment auprès des jeunes
- ▶ Le plaidoyer et la sensibilisation

« Le Mouvement du Nid accompagne un nombre important de personnes présentant des troubles de stress post-traumatiques liés aux violences subies durant leur parcours prostitutionnel mais aussi en amont et parfois faisant suite à la sortie de prostitution. Afin de pouvoir les prendre en charge au mieux, nous identifions un besoin de rencontres entre nos équipes et les professionnel·les des CRP afin de mieux connaître les missions et les réalités de chacun·es. Ensuite, un temps de sensibilisation à la prostitution et à la traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle semble nécessaire pour travailler ensemble à partir d'une culture commune. Il serait également intéressant qu'un travail entre nos équipes et les CRP puisse se faire en réel partenariat, afin que l'orientation des personnes accompagnées s'effectue dans le cadre d'un relais de confiance sécurisant. Enfin, nous souhaitons l'élargissement des critères d'accès aux soins de certains CRP qui refusent les prises en charge des personnes victimes de traumas complexes, ou de traumas vieux de plus d'une année, ce qui exclut la très large majorité des personnes accompagnées par notre association. »



La Fédération GAMS est située à Paris depuis 1982 et dispose de 8 délégations régionales. Elle anime des sensibilisations, des formations de professionnel·les sur les violences spécifiques comme les mutilations sexuelles féminines et le mariage précoce et/ou forcé. En complément, elle informe, oriente et accompagne des victimes de ces dernières, et protège les personnes à risque.

« Nous accompagnons, majoritairement des femmes, victimes du continuum des violences sexistes et sexuelles, majoritairement

dès l'enfance (avant l'âge de 5 ans) et qui ont généralement cumulés, par la suite, des violences physiques et psychologiques, des agressions sexuelles, voire des viols intra ou extra-familiaux. Donc nous devons en permanence accompagner des « survivantes » victimes d'un cumul de violences, ayant entraîné des psychotraumas à répétition.

Autrement dit, nous connaissons les travaux du Dr Muriel SALMONA, depuis fort longtemps. Mais il était très difficile de trouver un médecin psychiatre et/ou un psychothérapeute formés au psychotrauma. Ainsi, grâce aux CRP, nous allons pouvoir les orienter beaucoup plus facilement vers ce type de prise en charge, à la fois transversal et holistique, qui permet d'apporter un réel « mieux-être » au quotidien. »



La Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF), issue du mouvement féministe, anime un réseau de 78 associations spécialisées dans l'accompagnement des femmes et enfants victimes de violences en particulier conjugales. Plus de 40 000 femmes sont accompagnées vers la sortie de la violence, l'émancipation et la reconstruction. Les femmes sont mises en sécurité à travers un dispositif par éloignement géographique après évaluation du

danger et 7 500 femmes et enfants sont hébergés dans des centres d'hébergement spécifiques pour les victimes de violences. Psychologues, assistantes sociales, juristes articulent leurs interventions entre entretiens individuels et accueils/ateliers collectifs. Solidarité Femmes a créé et gère la ligne d'écoute nationale 3919 Violences Femmes Info : plus de 90 000 appels sont pris en charge chaque année. Elle dispose d'un observatoire sur les violences conjugales, d'un pôle hébergement et d'une plateforme pour l'accès au logement des femmes victimes de violences, d'un pôle justice et anime des actions de formation, de sensibilisation pour les professionnel·les et de prévention des violences sexistes. Les associations Solidarité Femmes sont également impliquées dans les dispositifs TGD et BAR. La FNSF assure également des plaidoyers pour faire évoluer la législation et les dispositifs pour améliorer le parcours des femmes et des enfants victimes.

« Pour certaines femmes, un suivi à long terme ou une prise en charge médicale peut être nécessaire, avec une orientation vers les Centres Régionaux du Psychotrauma (CRP). L'articulation des interventions des CRP s'envisage dans la complémentarité avec les associations Solidarité Femmes qui disposent de psychologues formés. »

b. De la prise en charge à la réorientation - un parcours sinueux

La première consultation au sein des CRP consiste à évaluer la situation de la victime afin de planifier sa prise en charge. Les questions ciblées concernent : les données sociodémographiques, la date de l'événement traumatogène, la symptomatologie. Certains CRP ajoutent des questions concernant le parcours plus global de la patiente : degré d'errance médicale (liste des professionnel·les rencontré·es), attentes des patientes.

(i) Des échelles d'évaluation diverses

La psychométrie est généralement utilisée pour déterminer le niveau de traumatisme des patient·es. Les échelles de mesure varient selon les méthodologies²⁷ et les CRP. Une échelle clinique est indiquée à titre préférentiel dans le cahier des charges : la PCL-S (Post-traumatic stress disorder check-list) pour les adultes.

Une échelle d'évaluation du psychotraumatisme pour adultes standardisée (PCL-S28)

- ▶ 17 questions
- ▶ Une nomenclature allant de 17 à 85
- ▶ Une prise en compte de la dissociation dans l'évaluation
- ▶ Une possibilité d'auto passation et passation multiples pour noter l'évolution

Des préconisations concernant les échelles de mesures seront probablement apportées dans le futur rapport de la Haute Autorité de Santé et du Cn2r sur l'évaluation et la prise en charge des syndromes post-traumatiques.

(ii) Un « tri » des patientes

Dans de nombreux centres en incapacité de prendre en charge toutes les victimes, les personnes ayant **les moyens de payer** une thérapie en libéral, sont encouragées à le faire pour libérer des places aux personnes dans l'impossibilité de payer.

Nombre de CRP sont dans l'impossibilité d'accueillir des victimes provenant de l'intégralité du territoire dont ils dépendent. **Certains CRP filtrent la patientèle selon l'origine géographique de la demande.** Par exemple, le CRP Auvergne-Rhône-Alpes reçoit essentiellement des patient·es du département du Rhône, les personnes provenant d'autres départements sont adressées vers des correspondants locaux. L'antenne de Poitiers du CRP Nouvelle-Aquitaine prend en charge principalement des patient·es du département de la Vienne et conduit des expertises pour des cas complexes dans le reste du territoire. Cette compensation du tri des patientes par le soutien en expertise auprès de confrères ou consœurs répond effectivement à la mission de formation qui lui a été confiée mais dénote avec l'envergure régionale du dispositif.

(iii) Une temporalisation de la prise en charge

Les femmes victimes de violences se présentant aux CRP ne sont pas toutes « sécurisées ». Certaines restent exposées à l'agresseur. Dans ce cadre, une prise en charge thérapeutique n'apparaît pas être l'action à mener en premier lieu. **L'évaluation du danger est à mener en priorité** afin d'enclencher les étapes de protection de la victime.

Dans des cas de danger imminent (suicide, mutilations...) une hospitalisation du ou de la patient·e est nécessaire.

Des contacts privilégiés des praticien·nes peuvent permettre de trouver une place dans des services spécialisés en psychotraumatologie. En attendant qu'une place se libère, les praticien·nes peuvent mettre en place des consultations très rapprochées. À noter que l'hospitalisation d'urgence en service de psychiatrie n'apparaît

27 - Certaines échelles sont proposées sur le site de l'institut français d'EMDR <https://www.ifemdr.fr/les-echelles-pour-le-syndrome-post-traumatique/>

28 - Echelle PCL-S : https://www.psychiaclie.fr/media/pages/ressources/post-traumatic-disorder-check-list-version-dsm-5-pcl-5/70acfff1e1633341136/echelle_pcls.pdf

pas toujours adaptée aux patientes victimes violences conjugales souffrant de syndrome post-traumatique. L'environnement potentiellement anxiogène peut se surajouter au trauma, notamment de par l'aspect très sécurisé de ces lieux qui peuvent faire écho à des séquestrations passées.

Dans le processus de prise en charge, le niveau et l'ancienneté du traumatisme doivent être évalués par une équipe pluridisciplinaire pour définir le meilleur traitement. **Les modalités de prise en charge peuvent largement différer d'un CRP à un autre en fonction du type de trauma.** Certains CRP font le choix de réorienter systématiquement les traumas simples pour se consacrer uniquement aux traumas complexes (antenne de Bordeaux en Nouvelle-Aquitaine), d'autres accueillent les traumatismes aigus tandis que les traumatismes complexes et anciens sont autant que possible réorientés (antenne Avicenne du CRP Paris Nord et CRP Auvergne-Rhône-Alpes), d'autres CRP accueillent les deux mais en donnant priorité aux traumas simples (dont la thérapie est plus simple et plus rapide).

Types de traumatismes pris en charge par les CRP

		File active	Traumatisme simple (type 1)	Traumatisme complexe (type 2)
CRP Nouvelle-Aquitaine	Antenne de Bordeaux	317	93 (29%)	210 (66%)
	Antenne de Poitiers	610		
CRP Occitanie	Antenne de Toulouse	322	97 (30%)	86 (27%)
	Antenne de Montpellier	294	34 (12%)	13 (4%)
	Antenne de Thuir	367	71 (19%)	296 (81%)
	Antenne de Nîmes	206		
CRP Provence-Alpes-Côte d'Azur		1263	568 (45%)	427 (34%)
CRP Auvergne-Rhône-Alpes		555	314 (57%)	115 (21%)

Source : Chiffres issus des rapports d'activités 2021 fournis par les CRP

NB : Pour les problématiques de cohérence des chiffres vous pouvez vous reporter au paragraphe méthodologique à la fin du rapport.

Il est important de noter que les femmes victimes de violences conjugales sont plus souvent atteintes de traumatismes complexes du fait de la répétition des violences subies et la durée d'exposition aux violences. Il est également primordial de rappeler, qu'en cas de viol notamment, une prise en charge globale immédiate permet de prévenir l'installation de traumatismes complexes. C'est cette approche que des lieux novateurs belges ont adopté sur tout leur territoire avec le déploiement de nombreux Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS).



Les centres de prise en charge des violences sexuelles (CPVS) belges : une prise en charge spécialisée pour les victimes de violences sexuelles

Ces centres composés d'une équipe multidisciplinaire formée spécifiquement à l'accueil des victimes de violences sexuelles ont la particularité d'offrir dans un même lieu :

- ▶ Un accueil 7j/7, 24h/24
 - ▶ Une prise en charge médicale immédiate après des violences sexuelles (soins + recueil de preuves)
 - ▶ Une prise en charge psychologique spécialisée sur le psychotraumatisme
- ▶ La possibilité pour la victime qui le souhaite de porter plainte auprès d'un-e policier-e en civil directement dans l'enceinte du CPVS

<https://www.violencessexuelles.be/centres-prise-charge-violences-sexuelles>

c. Des délais de prise en charge trop longs en raison du manque de professionnel·les

(i) Les délais dans les CRP

Face à l'augmentation des demandes de prise en charge, **les CRP doivent composer avec une importante liste d'attente**, du fait qu'il existe très peu de structures spécialisées en syndrome post-traumatique (Paris est privilégiée par rapport au reste de la France). Les stratégies de priorisation de prise en charge sont très hétérogènes selon les CRP. Certains n'interviennent pas en première intention et privilégient les cas complexes ; d'autres accueillent de manière privilégiée les victimes dont la prise en charge ne dure pas dans le temps. Les personnes présentant des traumatismes complexes doivent alors faire face à des délais d'attente souvent importants.

Délai d'attente de prise en charge au sein des CRP

		Délai d'attente traumatisme simple (type 1)	Délai d'attente traumatisme complexe (type 2)
CRP Nouvelle-Aquitaine	Antenne de Bordeaux		
	Antenne de Poitiers	Urgence	3 à 4 mois (si traumatisme datant de 1 à 4 ans) 1 an (si traumatisme datant de plus de 4 ans)
CRP Auvergne-Rhône-Alpes		2 ou 3 jours	2 mois
CRP Centre-Val de Loire		Pas de prise en charge (réorientation)	12 mois
CRP Hauts-de-France		2 jours	1 mois
CRP Paris Nord	Antenne de Avicenne	Dans la semaine	Pas de prise en charge (réorientation)
	Antenne de l'USAP du CHI Robert Ballanger	1 ou 2 jours	1 mois et demi
CRP Paris Sud		Quelques jours	3 mois maximum

Source : Chiffres issus des rapports d'activités 2021 fournis par les CRP

NB : Pour les problématiques de cohérence des chiffres vous pouvez vous reporter au paragraphe méthodologique à la fin du rapport.

(ii) Les délais dans les CMP

Les CMP (Centre Médico-Psychologique), lorsqu'ils disposent, et cela est trop peu souvent le cas, de professionnel·les formé·es (parfois par le CRP lui-même), peuvent assurer le relais de prise en charge gratuite pour les victimes. Bien que présents en grand nombre sur le territoire, **les délais d'attente des CMP sont tout aussi longs**. L'ARS Nouvelle-Aquitaine fait état d'un délai 2 mois pour une prise de contact et 4 mois pour une consultation. Ce délai est de 9 à 12 mois dans le département du Nord et de 1 an dans le 93.

(iii) Les délais dans les associations

Les associations de prise en charge du psychotraumatisme non financées par le dispositif alertent sur l'afflux de patientes auxquelles elles ne peuvent donner de réponse immédiate. C'est par exemple le cas de l'Institut de Victimologie²⁹, ou encore Women Safe and Children :

Women Safe and Children n'est pas un CRP mais un centre associatif, non financé par le dispositif CRP

**Fermeture
temporaire de
notre standard
téléphonique...**

Aujourd'hui, l'Institut Women Safe & Children 78 (Yvelines) est face à un **afflux croissant de victimes**, mais nous ne négocierons pas avec la qualité de la prise en charge **pluridisciplinaire et gratuite**. C'est la raison pour laquelle, au sein de WS&C 78, nous sommes obligés de « fermer » temporairement le standard téléphonique. Pendant cette période de « fermeture », nos bénéficiaires poursuivront leur suivi et auront accès à un **numéro de téléphone interne** pour rester en contact avec l'équipe pluridisciplinaire.

Les nouvelles prises en charge reprendront à partir du **10 avril 2023**.

Newsletter envoyée par l'Institut à sa liste de diffusion le 28/02/2023

Ces centres associatifs non hospitaliers qui prennent en charge les femmes victimes de violences souffrant de syndromes post-traumatiques, lorsqu'ils répondent au même cahier des charges, pourraient être **intégrés au dispositif des CRP ou encore bénéficier de crédits supplémentaires**³⁰.

d. Une accessibilité encore à parfaire

La téléconsultation pourrait être complémentaire des accompagnements en présentiel des CRP en permettant d'inclure certaines patientes souffrant de syndrome post-traumatique qui présentent un symptôme d'évitement qui les exclut du parcours de soin. La téléconsultation est aussi utile aux territoires ruraux où les déplacements sont coûteux pour des femmes précaires.

Cependant, certaines thérapies ne peuvent pas être dispensées de manière dématérialisée et les quotas de téléconsultation de la sécurité sociale fixés à 20 % ne permettent pas, actuellement, de développer cette offre. De plus, les consultations en distanciel doivent rester complémentaires et ne pas se substituer aux consultations en présentiel.

Dans le domaine de la recherche, une documentation scientifique commence à peine à apparaître concernant **les liens entre psychotraumatisme et handicap**. Les personnes autistes sont par exemple plus difficiles à aborder lors d'une thérapie car leur capacité de communication émotionnelle est différente et les expert-es en victimologie se trouvent parfois démunies. La prise en charge psychotraumatique des personnes en situation de handicap n'est pas, à l'heure actuelle, toujours bien assurée par les CRP. Il s'agit là d'une grave lacune, alors que les femmes handicapées sont particulièrement victimes de violences sexuelles et sexistes.

29 - Site de l'Institut de victimologie (au 23 mai 2022) <https://www.cpiv.org/>

30 - par exemple issus des Fonds d'Intervention Régional



L'urgence d'une prise en charge adaptée aux femmes en situation de handicap : le projet d'hébergement d'urgence porté par l'association Femmes pour le Dire, Femmes pour Agir

Il n'existe actuellement que deux places en France dédiées à des femmes handicapées victimes de violences, elles se situent à Nantes et sont des places pour personnes à mobilité réduite. Ces places ne répondent qu'à un besoin d'hébergement, non pas de prise en charge psychotraumatique.

L'association Femmes pour le dire, femmes pour agir (FDFA) porte actuellement un projet de centre d'accueil pour femmes en situation de handicap, victimes de violences sexistes et sexuelles. L'établissement prendra la forme d'un centre d'hébergement d'urgence au sein duquel une équipe d'aides soignant-es, d'éducateur-rices, de sages-femmes et de médecins seront formé-es au psychotraumatisme.

Par ailleurs, il convient également de **ne pas contribuer à la marginalisation des personnes à mobilité réduite**. Bien qu'elles puissent également bénéficier de téléconsultation, il est préférable d'ouvrir les CRP à tous les publics et **d'aménager les espaces non accessibles**. Également, des contacts avec des **interprètes** en langue des signes doivent être systématiques.

e. Des sorties de thérapie à planifier

La déperdition de patient-es au cours du protocole de soin n'est pas rare. Une des raisons est liée à au parcours de vie des patientes victimes de violences (épisodes d'allers et retours, rupture). Néanmoins, certains CRP (Paris Nord CHI Robert Ballanger, Bordeaux en Nouvelle-Aquitaine) réfléchissent à cette problématique et pensent par exemple **recourir à des référents initiaux** (peu importe la discipline professionnelle) pour chaque patient-e.

Il convient d'organiser les parcours de fin de prise en charge des patientes. L'antenne de Tours du CRP Centre-Val de Loire procède de la façon suivante : à l'issue des thérapies (15 séances convenues initialement), un courrier est adressé aux correspondant-es et aux patient-es afin de dresser un bilan de fin de parcours³¹ et émettre des recommandations. Si la thérapie est jugée insuffisante, le centre oriente vers le secteur libéral ou public, afin de compléter la thérapie.

3. La prise en charge psychique du syndrome post-traumatique

a. Des protocoles « personnalisés » qui dépendent de l'offre de soin interne

La majorité des CRP n'appliquent pas de protocole unique de prise en charge. Beaucoup assument cette disparité traduisant une adaptation aux besoins pluridimensionnels des patient-es repéré-es lors de l'évaluation préalable à l'intégration au sein du centre. Il faut souligner que **l'information et l'adhésion des femmes au protocole de soin conditionne l'efficacité de l'accompagnement**. L'antenne de Poitiers du CRP Nouvelle-Aquitaine définit au départ avec la patiente le cadre de soin (durée approximative et méthodes de la thérapie), d'autres (PACA-Corse) font une réévaluation du traumatisme après 4 séances pour une meilleure adaptation au protocole envisagé au départ.

31 - Ce document peut aussi servir pour d'autres usages notamment pour certaines démarches juridiques



Mon auto-évaluation (1)

Au .../.../... sur les 7 derniers jours :

- Je me sens tendu, irritable
- J'ai des images ou des pensées de l'événement qui reviennent
- Je suis triste
- Je n'éprouve plus d'intérêt pour ce que j'aimais faire autrefois
- J'éprouve des sensations de panique
- J'ai du mal à me concentrer
- Je ne ressens pas d'émotions positives (joie, amour)
- Je fais des cauchemars
- Je dois m'adapter pour éviter ce qui me rappelle l'événement
- Je me sens isolé des autres
- Je ressens de fortes émotions négatives (peur, culpabilité, colère, honte)
- Je me sens en insécurité, sur mes gardes
- J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi
- Je ressens de fortes sensations physiques désagréables quand je repense à l'événement (palpitations, difficultés à respirer, transpiration)

* Ces items ne constituent pas une échelle standardisée mais regroupent les difficultés les plus fréquemment rencontrées

D'une manière générale, comment vous sentez-vous ? :

Extrêmement mal ➡ Très bien

Avez-vous le sentiment d'avoir évolué depuis le début des soins ? :

Pas du tout ➡ Complètement

17

Le CRP Paris Centre et Sud met à disposition des patient·es un journal de bord thérapeutique. Il a pour objectif d'aider les patient·es à mieux comprendre ce qu'il leur arrive et de faire régulièrement le point sur leur situation, en parallèle du travail psychothérapeutique effectué lors des consultations. Il éclaire sur ce qu'est le traumatisme psychique, ses causes, ses mécanismes et ses symptômes. Avec ses échelles et questionnaires ciblés, il aide à prendre conscience de l'évolution des patientes ainsi que leurs difficultés afin de définir des objectifs de travail entre les séances.

Les protocoles des CRP définissent des limitations dans le temps de la prise en charge en nombre, en rythme des séances et en durée totale d'accompagnement. Par exemple, la durée moyenne d'une prise en charge au CRP des Hauts-de-France est de 9 mois alors que l'antenne de Tours en Centre-Val de Loire limite le nombre de séances à 15 (au rythme de 1 séance par semaine)³². Un autre CRP (Pays de la Loire) offre une expertise temporaire (2 ou 3 séances) dans un parcours de soins, assuré par un·e thérapeute extérieur·e au CRP.

32 - La pratique clinique dit que plus la prise en charge est effectuée tôt et de manière intensive, plus elle apportera des résultats tôt.

b. Une palette de modalités de thérapies individuelles

La méthode thérapeutique de la prise en soin psychique dépend de l'articulation entre l'offre disponible au sein des ressources humaines et les nécessités du/de la patient·e. Souvent pluridisciplinaires, les patient·es peuvent rencontrer au sein de ces centres différents expert·es : psychomotricien·nes, psychologues, médecins psychiatres etc. Certaines prises en charge peuvent être conduites par des binômes médecins/psychologues, psychologues/psychomotricien·nes, etc. Ainsi, différentes modalités de thérapies peuvent être proposées au sein des CRP : TCC, EMDR, thérapie de la reconsolidation par le propranolol, hypnose ou encore protocole de recherche etc.

c. Une affection commune pour la thérapie de groupe

La plupart des CRP proposent, en parallèle, des thérapies individuelles des thérapies de groupes :

Groupes de paroles : ces moments permettent aux patientes de partager leurs expériences (la « pair-aidance ») alors que le traumatisme tend à les isoler .

Ateliers de Psychoéducation : « intervention didactique et psychothérapeutique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face. »³³

Ateliers TRE (Tension Releasing Exercises) exercice de libération de tension thérapeutique³⁴

Ateliers d'EMDR collectif (phase de test à venir)

Ateliers psychosensoriels : groupes de régulation émotionnelle par le biais de la médiation artistique

Ateliers d'art-thérapie : ateliers massages ou danse orientale

Ateliers d'alphabétisation

Ateliers de boxe thérapie & de Self-Défense

L'ensemble de ces prises en charge collectives, et notamment les ateliers de psychoéducation, bénéficient de retours très positifs aussi bien de la part des patient·es que des professionnel·les. Ces modalités de prise en charge, nous le souhaitons, seront évaluées par l'Haute Autorité de Santé et le Cn2r dans leur futur rapport.

4. Au-delà de la prise en charge psychique, une prise en charge globale, en réseau !

L'appel à projet de la DGOS en 2018 appelait à la mise en place d'une prise en charge globale du syndrome post-traumatique avec une approche psychologique, psychiatrique, somatique, juridique et sociale. En 2020, la HAS a publié une note de cadrage en précisant les modalités³⁵.

a. Une prise en charge somatique

Au regard des conditions actuelles des CRP, une prise en charge globale ne peut se faire simplement au sein des CRP. Elle nécessite un réseau de collaborations entre différent·es professionnel·les de santé (médecins généralistes, gynécologues, psychologues, addictologues, dentistes...), y compris les associations. Il est

33 - Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique Volume 173, Issue 1, February 2015, Pages 79-84 <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.001>

34 - TRE (Tension Releasing Exercises ou Exercices de Libération des Tensions) : <http://trefrance.fr/>

35 - « Les syndromes psychotraumatiques présentent un caractère systémique qui impose une approche de santé globale ne dissociant pas artificiellement prise en charge psychologique et prise en charge somatique. De plus, il s'agit aussi de protéger les victimes. La prise en charge comporte donc une dimension pluridisciplinaire afin d'assurer la prise en compte des dimensions psychologique et psychiatrique, somatique, juridique et sociale. Elle s'inscrit dans un travail en réseau pour assurer la protection, le suivi et l'accompagnement de la personne vivant l'épreuve du psychotraumatisme dans toutes ces dimensions (accès au logement ou à l'hébergement, accompagnement juridique, accès aux droits sociaux, retour à l'emploi...) »

important de permettre le regroupement des différent-es professionnel·les au sein de la structure pour de ne pas démultiplier les lieux d'accompagnement, ce qui peut représenter une épreuve pour les patientes.

Par exemple, l'Institut de Victimologie³⁶, partage ses locaux avec le centre de santé Richerand³⁷ favorisant les liens entre les soins psychiques et somatiques. L'antenne de Bordeaux du CRP Nouvelle-Aquitaine pratique également ce type de regroupement avec le Centre Hospitalier Charles Perrens qui offre différents services de médecine somatique notamment cardiologie, gynécologie et cabinet dentaire³⁸.

Les CRP étant tous rattachés à des centres hospitaliers, cette approche somatique de proximité pourrait être renforcée. L'intégration de somaticien·nes au sein même des équipes des CRP pourrait être envisagée.

b. Une prise en charge non-médicale

Cette prise en charge globale est à mener de manière préférentielle au sein d'un lieu unique. Dans le cas contraire, le tissage de partenariats solides, comprenant notamment des échanges de compétences mutuelles, est à développer avec les structures spécialistes des violences contre les femmes.

(i) L'accompagnement social

Il est primordial de sortir les victimes de leur environnement traumatogène, notamment dans le cas de violences intra-familiales. On parle de « sécurisation » lorsque les victimes de violences conjugales ne sont plus au contact de l'agresseur : elles ont pu quitter leur domicile, le conjoint est en prison... Si la victime continue de vivre dans le même lieu que l'agresseur, la situation traumatogène perdure. Dans ce cas, la prise en charge du syndrome post-traumatique ne peut être entamée, tant que la sortie de la situation d'emprise n'est pas effective. L'antenne de Poitiers du CRP Nouvelle-Aquitaine œuvre en ce sens, avec le Centre national d'information des droits des femmes et des familles (CIDFF). L'antenne du CHI Robert Ballanger du CRP Paris Nord, contribue à la sécurisation de patientes et de leurs enfants en les hospitalisant pour leur permettre une mise à l'abri immédiate.³⁹

L'intégration d'un·e travailleur·se social·e dans les équipes soignantes des CRP est un élément nécessaire pour aider les femmes, qui doivent par exemple quitter leur domicile, à effectuer des démarches administratives etc. Les Comités Locaux d'Aide aux Victimes (CLAV) qui existent dans chaque département ont pour rôle de faciliter l'accès à l'information et l'accompagnement auprès de l'administration.



Dirigée par Ghada Hatem, La Maison des femmes de Saint-Denis

assure un accompagnement global aux femmes du territoire victimes de violences ou en difficulté se basant sur un triptyque indispensable : prise en charge somatique, psychique et sociale avec la possibilité de déposer plainte sur place.

Elle propose par exemple :

- ▶ une permanence pour l'emploi ;
- ▶ un foyer d'hébergement pour les femmes de 18 à 25 ans ;
- ▶ une mini-crèche afin de pouvoir libérer les mères de la garde de leurs enfants lors de leurs rendez-vous à La Maison des femmes et leur permettre de participer sereinement aux différents ateliers.

36 - Pour rappel, l'institut de victimologie n'appartient pas au dispositif des CRP

37 - Le centre de santé Richerand propose des consultations dans de nombreuses spécialités médicales, dont plusieurs en lien avec des hôpitaux partenaires. Un projet de service dentaire est actuellement étudié.

38 - Les membres de la commission rappellent la nécessité de travailler en lien avec des dentistes notamment pour les patientes ayant été victimes de fellations forcées.

39 - Dernièrement, l'hôpital a réclamé à ces femmes des factures d'hospitalisation parfois très onéreuses et une discussion avec la direction semble nécessaire pour éviter ce genre de situations.

(ii) *L'accompagnement judiciaire (Permanences juridiques et Permanences policières)*

La prise en charge du syndrome post-traumatique s'accompagne souvent d'un long parcours judiciaire qui nécessite la collaboration des professionnel·les du psychotraumatisme et des juristes. Les thérapeutes disposent de « scripts » traumatiques qui reprennent le déroulé de l'événement et le vécu émotionnel de la victime. Ces scripts sont joints aux dossiers lors de procès.

Plusieurs CRP organisent des permanences juridiques pour aider les patient·es à préparer leurs interventions lors du procès. Cet accompagnement est crucial pour les patient·es qui sont amené·es à revivre le traumatisme lors de la procédure. Le CRP Paris Nord du CHI Robert Ballanger organise **des permanences policières** avec des professionnel·les du psychotraumatisme lié aux violences faites aux femmes. Une démarche qui facilite l'accueil des victimes par les policier·es en utilisant des grilles d'auditions spécifiques pour appréhender l'ensemble des violences.

(iii) *L'accompagnement des proches*

Le soutien social des victimes de traumatisme est un facteur important de réduction de la gravité d'un syndrome post-traumatique. Cette association des proches à l'accompagnement psychologique est particulièrement pertinente pour des victimes en situation de handicap dont les proches sont également les aidant·es. Sylvie Molenda (CRP Haut-de-France à Lille) pratique, à ce titre, des séances de psychoéducation en compagnie de la famille, des ami·es...

Certaines victimes refusent d'être prises en charge. Le CRP de Bordeaux en Nouvelle-Aquitaine a ouvert une consultation « *Famille sans patient* » pour les familles présentant des difficultés à faire prendre conscience à leur proche de la nécessité de se faire soigner.

c. Les Maisons des femmes intrahospitalières, un renfort attendu pour une prise en charge globale ?

La mesure 17 annoncée à l'issue du Grenelle des violences conjugales⁴⁰ prévoit de « *Consolider et développer des structures dédiées à la prise en charge sanitaire, psychologique, sociale des femmes victimes de violences* ». L'objectif de consolidation des CRP est donc une nouvelle fois réitéré. Le déploiement de dispositifs dédiés de prise en charge de femmes victimes de violences dans des établissements de santé⁴¹ semble venir pallier les manques des CRP en termes de spécialisation de la prise en charge globale des femmes victimes de violences sexistes et sexuelles et de connaissance pointue de leurs réseaux d'accompagnement. Des structures intitulées « *Maison des femmes* », suivies par les ARS, voient progressivement le jour. On en compte 58 à l'heure actuelle sur tout le territoire.

Lancé par La Maison des femmes de Saint-Denis, **le réseau Re#Start** de « *Maisons des femmes de proximité* » situées dans les centres hospitaliers, date de mars 2021. Il regroupe à ce jour 12 structures en activité et 10 en cours de création, avec pour objectif d'offrir à toutes les patientes une prise en charge pluridisciplinaire de proximité adaptée à leurs besoins.

40 - <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/trois-ans-apres-le-lancement-du-grenelle-des-violences-conjugales-le-gouvernement-renforce-encore>

41 - selon l'appel à manifestation d'intérêt relatif à l'instruction N° DGOS/R3/2020/201

Le cahier des charges présente les conditions de candidature au réseau Re#Start et impose le respect de minimum 10 d'entre elles, dont notamment :

- ▶ La structure doit être reconnue par l'attribution d'une Mission d'Intérêt Général « violences » (MIG)⁴² et ne pas seulement reposer sur une tarification à l'activité (T2A)⁴³
- ▶ La structure doit signer la charte éthique de La Maison des femmes mère (bienveillance, formation...)
- ▶ La structure doit présenter un parcours de soin identifié
- ▶ Les patientes doivent pouvoir effectuer un dépôt de plainte sur le site de la structure. Une convention entre La Maison des femmes et la Direction Générale de la Police Nationale (DGPN) est en cours de signature. Des conventions types sont également proposées aux Maisons des femmes pour nouer des partenariats avec les commissariats.
- ▶ La structure doit mettre en place une prise en charge spécifique pour les enfants

Pour plus d'informations : <https://www.lamaisondesfemmes.fr/article/naissance-du-collectif-restart-avec-elisabeth-moreno-pour-marraine/>

Ces Maisons des femmes peuvent représenter pour certains CRP un renfort, pour d'autres une concurrence. Au regard du nombre de patient·es en attente de prise en charge sur le territoire, il est important que ces deux dispositifs évoluent et se renforcent mutuellement : une montée en puissance rapide des deux types de structures est plus qu'attendue.

42 - « Les missions d'intérêt général (MIG) recouvrent des activités spécifiques et bien identifiées qui ne peuvent être financées à l'activité soit en raison de l'absence d'une classification adaptée soit compte tenu de leur rattachement impossible à un patient donné. [Les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation - MIGAC - Ministère de la Santé et de la Prévention \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#) »

43 - « La tarification à l'activité (T2A) est une méthode de [financement des établissements de santé](#) mise en place en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ». Elle repose sur la mesure et l'évaluation de l'activité effective des établissements, qui détermine les ressources allouées. [Financement des soins à l'hôpital : la tarification à l'activité \(T2A\) vie-publique.fr](#). → Dès l'instauration du modèle de tarification à l'activité (T2A), il est apparu nécessaire de maintenir un financement spécifique pour certaines missions assurées par les établissements de santé, indispensables à l'amélioration directe de l'état de santé de la population mais ne pouvant être financées à l'activité. C'est pour cela qu'a été créée au sein de l'ONDAM la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC) ».

B Le recensement et la coordination de l'offre de soin en psychotraumatisme : une mission de réseau en construction

Les victimes ne pouvant être accueillies par les CRP doivent nécessairement être réorientées vers d'autres structures spécialistes du psychotrauma. Leur identification fait partie des missions des CRP.

1. Un objectif de recensement

a. Des patient-es victimes d'une errance médicale : double peine du vécu psychotraumatique

Nombre de patient-es font face au long parcours de l'errance médicale. Pour pallier cette situation le CRP Paris Centre Sud, entreprend de fédérer les structures de prise en charge du syndrome post-traumatique déjà existantes dans trois hôpitaux l'Hôtel Dieu, Tenon, et Trousseau. La nouveauté est une plateforme téléphonique centralisée et numéro unique (01 42 34 78 78) pour les professionnel·les de santé et pour les patient-es en leur proposant une réorientation vers le lieu de prise en charge le plus adapté. Répondent à ce numéro des infirmier·ères ou psychologues formé·es au psychotraumatisme.

Témoignage :

Laura C., victime d'inceste, contacte d'elle-même le CRP Paris Centre Sud (Hôtel Dieu). Malgré des appels à répétition, parfois jusqu'à quatre par jour pendant 10 jours ainsi que de nombreuses relances par mail, elle reste sans retour. Finalement, elle parvient à avoir une interlocutrice au téléphone et explique sa situation. Alors même qu'elle partage le diagnostic déjà réalisé en UMJ, l'infirmière au téléphone lui propose seulement de re-programmer un appel afin de d'établir à nouveau la pertinence d'une prise en charge en psychotraumatisme puis lui conseille à son tour une liste de professionnel·les.

b. La constitution d'annuaires : reflet d'une désertification médicale

Dans nombre de CRP, les équipes sont trop réduites pour répondre à la demande croissante de prise en charge. Les listes d'attentes continuent de s'allonger et en conséquence le risque d'aggravation du syndrome post-traumatique pour les patient·es en errance médicale. Les CRP n'ont d'autres choix que de réorienter les patientes pour désengorger leur file d'attente.

- ▶ Le CRP Pays de la Loire a **constitué un annuaire des professionnel·les de la prise en charge du psychotraumatisme dans la région⁴⁴**, outil indispensable pour orienter au mieux les patient·es. Certains CRP ont recruté des personnes chargées spécifiquement de la cartographie et de l'animation de réseau.
- ▶ En région Nouvelle-Aquitaine, l'annuaire « *psychotrau'map* » répertorie les professionnel·les formé·es en psychotraumatisme dans les secteurs publics et privés, y compris des associations spécialisées pour les femmes victimes de violences (notamment les Maisons des femmes : à Bordeaux, la Maison d'Ella, à Brives, la Maison de Soie et la Maison de Freya qui ouvrira prochainement à Poitiers).

Le recensement des professionnel·les formé·es à la prise en charge du psychotraumatisme (structures publiques, associatives et professions libérales), pourrait être facilité et communiqué au plus grand nombre par le financement et la coordination de cartographes/animateur·rices-réseau au sein même des équipes des CRP.

Les activités des CRP sont entravées dans les territoires qui sont des déserts médicaux/paramédicaux. Par exemple, sur les 12 départements de Nouvelle-Aquitaine, deux (la Creuse et la Charente-Maritime) ne bénéficient d'aucune consultation psychotrauma, alors que le sud du département est bien couvert. De même, dans les Alpes-Maritimes, la densité de psychiatres libéraux est au-dessus de la moyenne dans les villes mais pas dans les territoires ruraux.

Le développement massif de l'offre psychotraumatique dans les hôpitaux de proximité (via les consultations psychotrauma) est à poursuivre d'urgence dans chaque Projet Territorial de Santé Mentale⁴⁵.

44 - <https://www.crp-pays-de-la-loire.fr/annuaire/>

45 - Selon la cartographie des ministères sociaux, il existe actuellement en France métropolitaine 92 PTSM, voici la cartographie: <https://www.thinkinglink.com/scene/1347898958034239491?buttonSource=viewLimits>

2. Une offre libérale coûteuse

La réorientation par les CRP (gratuits) vers des professionnel·les du secteur libéral pose un problème majeur de financement pour les patient·es. Les tarifs de la sécurité sociale pour les consultations psychiatriques sont de 50 euros, avec une prise en charge à 100 %. Dans le secteur privé le montant d'une consultation est en moyenne de 100 euros. L'accès au soin en est de fait limité pour les personnes en situation de précarité économique⁴⁶.

a. MonParcoursPsy : Une alternative de prise en charge gratuite inopérante

Depuis le 5 avril 2022, le ministère de la Santé et de la prévention a mis en place le dispositif MonPsy, devenu depuis MonParcoursPsy, qui permet de bénéficier d'un accompagnement psychologique remboursé en intégralité par l'Assurance Maladie et la mutuelle ou complémentaire santé. Cette mesure est limitée : elle prévoit, sur courrier d'un médecin, le remboursement de 8 séances par an d'une durée de 45 min pour la consultation d'évaluation et de 30 minutes pour les suivantes⁴⁷.

Ce dispositif n'a pas été créé, à l'origine, pour la prise en charge de personnes souffrant de syndrome post-traumatique et n'est pleinement adapté qu'à la prise en charge de personnes souffrant de troubles mineurs. De plus, le dispositif peine à constituer son réseau de professionnel·es⁴⁸ : seulement 2 % du réseau des professionnel·les du CRP Pays de la Loire y adhèrent.

b. La nécessaire évolution du code de la sécurité sociale

Le code de la sécurité sociale prévoit actuellement une gratuité des soins consécutifs à des violences sexuelles commises contre des mineur·es. **Il apparaît nécessaire d'élargir cette disposition à toutes les personnes majeures ayant vécu des violences sexistes et sexuelles.**

Article R160-17 du code de la sécurité sociale

[...]

II.-La participation de l'assuré est également supprimée, dans les conditions définies ci-après, pour **les soins consécutifs aux sévices sexuels subis par les mineurs victimes** d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal, à compter de la date présumée de commission des faits.

Saisie d'une demande de l'assuré, de la victime, de son médecin ou de son représentant légal, ou lorsqu'une enquête de police judiciaire, une instruction préparatoire ou une mesure d'assistance éducative prévue à l'article 375 du code civil a été engagée, la caisse d'assurance maladie sollicite l'avis du service du contrôle médical sur le principe et la durée de l'exonération prévue à l'alinéa précédent. Le service du contrôle médical se prononce sur la base des éléments communiqués par le médecin traitant dans le protocole de soins prévu à l'article L. 324-1 et, le cas échéant, de l'expertise médico-psychologique mentionnée à l'article 706-48 du code de procédure pénale.

L'exonération est fixée pour la durée du traitement, si nécessaire au-delà de la majorité de la victime, et peut être prolongée dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

Lorsqu'un assuré change d'organisme gestionnaire au cours de la période d'exonération, ce changement est sans incidence sur la durée pendant laquelle il bénéficie de cette exonération.

Conformément à l'article 4 du décret n° 2022-258 du 23 février 2022, ces dispositions entrent en vigueur le 1er janvier 2022 https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000047109444/

46 - Dans une enquête réalisée par l'association Mémoire Traumatique et Victimologie en 2015, sur 600 personnes interrogées, 42 % déclarent avoir vécu des longues périodes de chômage depuis les violences. <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2015/2015-Rapport-enquete-AMTV.pdf> (p.129)

47 - Monpsy : séances d'accompagnement psychologique | ameli.fr | Assuré

48 - <https://monparcourspsy.sante.gouv.fr/annuaire>

C Une mission de formation inégalement assurée

1. La formation, un investissement primordial

Les CRP consacrent une partie de leurs activités à la formation des professionnels soignants et autres acteur·rices régionaux. Le CRP Centre-Val de Loire a formé et/ou sensibilisé 1800 personnes en 2022, ce qui représente 40 % de son activité. L'antenne de Bordeaux du CRP Nouvelle-Aquitaine a sensibilisé plus de 2000 personnes en 2021. Le Centre Auvergne-Rhône-Alpes, consacre 2 jours par mois à la formation de ses partenaires.

Les formations (gratuites) sont souvent en distanciel ou en format hybride pour toucher les territoires éloignés elles vont de la sensibilisation pour le grand public (conférences) jusqu'à des formations plus poussées pour les professionnel·les du soin (CMP et professionnel·les libéraux·ales de leur territoire).

Principalement identifié comme lieu de ressources sur le psychotrauma, le Cn2r propose un espace de rencontre (auquel participe à l'heure actuelle 5 CRP) qui offre un « référentiel de formation » pour soutenir les CRP dans leur propre mission de formation.

La formation est en enjeu primordial et ce à deux égards. D'une part pour augmenter le nombre de praticien·es compétent·es et d'autre part pour maximiser les chances de repérage des victimes.

2. Former les professionnel·les de santé à la prise en soin du psychotraumatisme : les relais, la relève, celles et ceux qui prêtent main forte

a. La formation des psychologues

Plusieurs Diplômes Universitaires (DU)⁴⁹ en psychotraumatologie existent en France, : Université Paris Cité, Sorbonne Université, Université Côte d'Azur (Nice), Université de Lorraine (Metz), Université de Tours, Université Clermont-Auvergne ou Université de Lyon, etc.

Le CRP PACA-Corse forme des étudiant·es au psychotraumatisme au sein d'un master de psychologie très prisé : le master dispose d'une vingtaine de places pour 6000 candidatures en 2022.

La formation des psychologues à des techniques thérapeutiques adaptées au syndrome post-traumatique (TCC et EMDR) est aussi très demandée. Il n'existe aucune formation universitaire à la pratique de l'EMDR qui, en dehors de la formation continue à l'hôpital public, est enseignée dans le cadre d'associations privées, telle qu'EMDR France⁵⁰. Muriel Salmona déplore qu'il n'existe pas de formation en psychotraumatologie dans les études de médecine.

49 - Les diplômes universitaires sont délivrés directement par une université française, contrairement aux autres diplômes qui sont délivrés au nom du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

50 - <https://www.emdr-france.org/les-formations/>

Dans quelques cas, **les CRP proposent également des séances d'intervision** ou d'appui en expertise auprès, par exemple, de professionnel·les libéraux·ales qu'ils ont eux-mêmes recensé·es. Cette animation des compétences sur le territoire représente la grande majorité de l'activité du CRP Pays de la Loire récemment créé. En effet, dans un souci d'entretien du réseau identifié, et de sa montée en compétence, le CRP effectue une séance d'intervision par mois avec les professionnel·les confrères et consoeurs locaux·ales. Ce temps est ainsi dédié à une réflexion commune notamment sur des situations complexes.

Ponctuellement, certains professionnel·les libéraux·ales peuvent faire appel aux CRP pour effectuer une évaluation du syndrome post-traumatique et **écarter un autre diagnostic**. En effet, certaines personnes très « dissociées », n'arrivent pas à parler et peuvent apparaître comme présentant des troubles psychotiques. Des patientes elles-mêmes rapportent des diagnostics erronés de bipolarité, ou de personnalité borderline.

De nombreux témoignages de victimes avec des diagnostics erronés

- ▶ L'association *Face à l'Inceste* insiste sur les aspects délétères des parcours de soin des victimes d'inceste. L'errance thérapeutique peut durer parfois des années. Les victimes d'inceste souffrant de syndrome post-traumatique, font face à des erreurs de diagnostic fréquentes⁵¹ dûes au manque de formation des professionnel·les du médico-social mais également des psychologues/psychiatres. Dans le cadre de son activité de plaidoyer, l'association *Face à l'inceste* rapporte le témoignage d'une victime diagnostiquée à tort comme bipolaire par l'hôpital Sainte-Anne, pourtant spécialisé en psychiatrie. C'est finalement au sein d'une UMJ que son syndrome post-traumatique a pu être repéré, sans pour autant que ceci ne puisse lui permettre d'accéder à des soins rapides.
- ▶ L'association *Women Safe and Children* qui prend soin d'évaluer systématiquement l'errance médicale antérieure lors des premiers rendez-vous, constate fréquemment un manque de formation en psychotraumatologie des spécialistes de la santé mentale, qui établissent des diagnostics défailants.
- ▶ Mélissa Plaza, victime d'inceste, a subi une longue errance médicale. Malgré de nombreux rendez-vous avec des professionnel·les (3 psychiatres et 3 psychologues), il lui a fallu plus de 9 mois avant de rencontrer une psychologue qui lui diagnostiquera un syndrome post-traumatique. Suivent 2 ans de traitements pharmacologiques inadaptés avant de bénéficier d'une aide thérapeutique adaptée dans le secteur libéral. Cet exemple est loin d'être unique.

b. Des formations thématiques pour les professionnel·les de la prise en charge des victimes : lien entre psychotraumatisme & autres thématiques

En réponse à la demande de formation en psychotraumatisme, des formations thématiques à destination de publics divers (facultés de médecine, de psychologie, DU...) voient le jour, en voici quelques exemples :

- ▶ L'antenne de Tours du CRP Centre-Val de Loire propose un DU spécialisé dans les violences sexuelles.
- ▶ L'antenne Avicenne du CRP Paris Nord propose des formations de sensibilisation au psychotraumatisme dans diverses situations : migration, psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent·e, chez les jeunes non accompagné·es, psychotraumatisme et périnatalité.
- ▶ L'antenne du CHI Robert Ballanger du CRP Paris Nord a un projet de DU : « *Violences faites aux femmes, violences intrafamiliales et protection infantile* » pour 2023 en partenariat avec l'UFR Droit et psychologie de Paris 13 qui vise à former des professionnel·les expert·es déjà acteurs et actrices de la prise en charge des psychotraumas.
- ▶ L'antenne de Bordeaux du CRP Nouvelle-Aquitaine propose une formation sur le psychotraumatisme liée aux violences faites aux femmes.
- ▶ Le CRP Hauts-de-France organise des formations sur le repérage des violences conjugales auprès du personnel soignant (infirmier·ères, kinésithérapeutes...) et non-soignant.

51 - Notamment des diagnostics erronés de psychoses : troubles bipolaires, schizophrénie

3. La formation au repérage

a. La méconnaissance/ignorance des troubles

Les patient-es souffrant de syndrome post-traumatique et qui en sont conscient-es ne sont en réalité que la partie immergée de l'iceberg. Le nombre de personnes qui devraient être prises en charge est bien plus important que la file d'attente. En effet, bien qu'il soit possible qu'une personne soit exposée à des éléments traumatiques sans toutefois développer de syndrome post-traumatique, il est en revanche assez courant d'ignorer en être atteint-e, laissant ainsi les symptômes s'aggraver.

Chaque année, 94 000 femmes sont victimes de viol ou de tentative de viol, 213 000 femmes sont victimes de violences physiques ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint⁵². Si on y associe les violences verbales, psychologiques et économiques, près d'un million de femmes par année seraient concernées. Plus d'une femme sur deux est victime de violences sexistes ou sexuelles sur son lieu de travail⁵³. A ces chiffres s'ajoutent les violences vécues durant l'enfance : chaque année, 160 000 enfants subissent des viols ou des tentatives de viols selon la CIIVISE⁵⁴, et les victimes sont dans 90 % des cas des filles.

Chez les victimes de traumatismes répétés dans le cadre de violences interpersonnelles, la recherche d'un état « *d'anesthésie de la souffrance* » peut mener à la multiplication de comportements à risque : troubles du comportement alimentaire, automutilations, conduites dissociantes, addiction... Ces comportements peuvent amener certains professionnel·les de santé à **se focaliser sur les éléments de comorbidité** en s'attardant seulement sur les symptômes (sevrage par exemple) sans forcément les relier au traumatisme.

Les violences sexuelles, notamment incestueuses, sont majoritairement passées sous silence, ce qui entrave la prise en charge du traumatisme des victimes. Le handicap (physique et mental) est un facteur majeur de vulnérabilité pour les femmes. La récente étude de Fabienne Cazalis et al. montre que 9 femmes autistes sur 10 ont été victimes de viol, dont 47 % avant 14 ans et 31 % avant 9 ans⁵⁵. **Les vulnérabilités et le déni des violences cachent souvent le traumatisme.**

Pour Marie Rabatel, présidente de l'Association Francophone de Femmes Autistes⁵⁶, cette invisibilisation du trauma, qu'elle estime volontaire, est d'autant plus facile que l'expression de l'autisme est très similaire aux comportements en lien avec les conséquences psychotraumatiques d'un viol. Ainsi, une pensée collective s'est installée persuadant les victimes, l'entourage et les soignant-es que le handicap est la source de tous leurs maux : « *toutes les conséquences psychotraumatiques sont considérées comme normales puisque attribuées (à tort) au handicap, laissant alors la victime sans prise en charge psychotraumatique, lui rajoutant un sur-handicap, et les éloignant considérablement de l'apprentissage à l'autonomie ou à son maintien* ».

Il en est de même pour les personnes âgées chez qui les symptômes liés à un traumatisme peuvent être interprétés comme des signes de démence sénile. Également, Mme Florence Askenazy du CRP PACA-Corse, déplore que ces signes de syndrome post-traumatique sont parfois associés à des troubles neurocognitifs (telle que la maladie d'Alzheimer) et « *qu'il n'existe actuellement pas de démarche proactive pour repérer et prévenir la violence qui peut être commise à l'égard d'une personne âgée dépendante* ».

Il arrive souvent que lors de consultation pour violences à l'âge adulte les professionnel·les détectent des traumatismes bien antérieurs à celui pour lequel les patient-es viennent les consulter. La reproduction à l'âge adulte des violences subies dans l'enfance est documentée dans l'enquête ENVEFF, réalisée en France en 2000.

52 - L'Observatoire national des violences faites aux femmes, MIPROF, 2021 ([lien](#))

53 - [Observatoire européen du sexisme et du harcèlement sexuel au travail, enquête IFOP](#)

54 - Conclusions intermédiaires de la commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants : [Violences sexuelles : protéger les enfants](#), 31 mars 2022

55 - Cazalis F, Reyes E, Leduc S and Gourion D (2022) Evidence That Nine Autistic Women Out of Ten Have Been Victims of Sexual Violence. *Front. Behav. Neurosci.* 16 :852203. doi : [10.3389/fnbeh.2022.852203](#)

56 - <https://femmesautistesfrancophones.com/2022/05/18/femmes-autistes-violences-sexuelles/>

Cette enquête montre une corrélation entre le vécu violent dans l'enfance et à l'âge adulte avec pour les femmes, la probabilité accrue de subir des violences conjugales⁵⁷. Des résultats similaires ont été publiés dans des enquêtes internationales⁵⁸. **La possibilité de perpétuation d'un modèle de fonctionnement violent réaffirme la nécessité de repérage précoce et de renforcement des moyens de prévention, notamment en milieu scolaire.**

b. Le rôle des médecins traitant-es, des sages-femmes etc.

Les professionnel·les de santé (médecins traitant-es, sages-femmes, gynécologues, médecins du travail etc.) sont en première ligne dans la détection des troubles du syndrome post-traumatique et l'aide aux victimes de violences. Plusieurs leviers les accompagnent dans cette tâche essentielle :

- ▶ **l'utilisation du questionnaire systématique**⁵⁹ largement préconisé par l'ensemble des acteurs et actrices de l'accompagnement des femmes victimes de violences ;
- ▶ le suivi de **formations** initiales et continues sur le repérage des psychotraumas et l'orientation vers des professionnel·les spécialisés-es⁶⁰. Ces formations pourraient être particulièrement fléchées dans les dispositifs « Développement professionnel continu » des professionnel·les de santé.

Ces professionnel·les peuvent disposer de guides de recommandations publiés notamment par le Cn2r et la HAS.



https://cn2r.fr/wp-content/uploads/2022/09/Recommandations_MG_Nice.pdf

À noter que des cas de **sanctions ordinaires sont fréquentes et constituent une entrave** à la prise en charge des femmes victimes des violences par les médecins et à la réalisation de certificats par nombre d'entre elles et eux.

57 - Jaspard, M., Brown, E., Lhomond, B. & Saurel-Cubizolles, M. (2003). Reproduction ou résilience : les situations vécues dans l'enfance ont-elles une incidence sur les violences subies par les femmes à l'âge adulte ? *Revue française des affaires sociales*, 157-190. <https://doi.org/10.3917/rfas.033.0157>

58 - Ports KA, Ford DC, Merrick MT. Adverse childhood experiences and sexual victimization in adulthood. *Child Abuse Negl.* 2016 Jan ;51:313-22. doi : 10.1016/j.chiabu.2015.08.017.

59 - Pour plus de précisions sur le questionnaire systématique, se référer au rapport du HCE : *Violences conjugales. Garantir la protection des femmes victimes et de leurs enfants tout au long de leur parcours* (9 octobre 2020) ainsi que le nouvel *outil de repérage des violences faites aux femmes* de la HAS

60 - Les infirmier·ères et sage-femmes peuvent par exemple jouer un rôle important dans le repérage du psychotraumatisme au moment de la grossesse et doivent donc être formées sur ces questions.

c. Former les associations partenaires qui adressent et/ou qui co-prennent en charge

Les acteurs et actrices du secteur médico-social (travailleur·ses sociaux·ales, professionnel·les de l'addictologie, conseiller·es en insertion professionnelle etc.) représentent autant d'opportunités de repérage de syndrome post-traumatique et d'orientation des victimes de violences. La quasi-totalité des CRP dispensent des formations, souvent à un rythme mensuel, auprès de structures institutionnelles (MECS : Maisons d'Enfants à Caractère Social, ASE : l'Aide sociale à l'enfance, PMI : Protection Maternelle et Infantile) ou associatives (*France Victimes*).

d. Former tous les acteurs et actrices de la chaîne judiciaire

Certains CRP, notamment celui de Nouvelle-Aquitaine Nord, œuvrent au **rapprochement avec les Unités Médico-Judiciaires** (dans lesquelles les victimes se rendent suite à leur agression), avec notamment pour objectif la prise en charge traumatologique la plus rapide possible.

La formations des forces de l'ordre qui recueillent le récit des victimes de violences est un impératif. Le CRP des Hauts-de-France forme régulièrement ces professionnel·les. La connaissance des comportements de stress aigu (sidération, dé-réalisation etc.) est indispensable pour un accueil des victimes adapté au vécu traumatique par les forces de police et leur accompagnement dans le dépôt de plainte.

Certains **expert·es judiciaires**, dont les diagnostics sont mobilisés dans le cadre de procès, se forment aux conséquences psychotraumatiques des violences faites aux femmes. À l'heure actuelle, ces formations ne sont pas exigées, menant parfois à des situations très délétères. Melissa Plaza, victime d'inceste, témoigne de l'accueil catastrophique dont elle a fait l'objet pendant cette procédure : « *après m'avoir fait passer un test de personnalité Rorschach, il [l'expert judiciaire, psychologue clinicien] a tout simplement assuré qu'il n'y avait pas de marque de viol* ».

e. (In)Former le grand public

L'information du grand public sur le psychotraumatisme est une autre priorité pour apprendre aux victimes à identifier les symptômes et les orienter vers une prise en charge spécialisée. Le Cn2r s'est emparé du sujet dans un programme de formation dont la progression est fondée sur une approche systémique. Il s'articule autour de 3 niveaux de complexité croissante :

- ▶ Apprendre à repérer les signes d'alerte du syndrome post-traumatique et entrer en contact avec la personne pour lui proposer des orientations dans le respect de son autonomie ;
- ▶ Apprendre à lever les facteurs pouvant bloquer la personne à accepter une orientation vers des professionnel·les ;
- ▶ Apprendre à tenir compte de l'environnement de la personne et évaluer les potentielles conséquences des actions d'orientation sur la personne (notamment en cas de violences infantiles / conjugales).

Le grand public est largement ignorant des conséquences du vécu d'un événement traumatique. Donner les clés de compréhension, c'est lever le tabou sur le psychotraumatisme. **Une campagne de sensibilisation pourrait permettre de montrer ce qu'est le psychotraumatisme à l'échelle d'une vie entière et ce qu'il représente au quotidien.** Les conduites dissociantes en particulier sont difficilement compréhensibles pour un public non averti⁶¹. De nombreuses initiatives émergent afin d'étendre la connaissance de ces troubles.

61 - Mélissa PLAZA, comme beaucoup de victimes de syndrome post-traumatique, a souffert d'isolement et a perdu beaucoup de proches en incapacité de comprendre et entendre sa souffrance.

Se libérer du poids des traumatismes et s'en sortir, c'est possible !

Le trauma, comment s'en sortir ?

Coraline Hingray & Wissam El-Hage



Je (re) prends ma vie en main



À QUI S'ADRESSE CE LIVRE ?

Ce livre s'adresse à toute personne qui souhaite comprendre les effets des traumatismes. De multiples raisons peuvent vous amener à parcourir ce livre :

- Vous avez été victime d'un trauma (> p. 22) ou de plusieurs traumatismes (> p. 24).
- Vous en souffrez, vous êtes perturbé·e dans votre quotidien.
- Vous cherchez des clés pour comprendre, agir ou vous traiter.
- Vous êtes le·la proche de quelqu'un qui a été victime et vous cherchez à l'aider.
- Vous êtes un·e professionnel·le de santé qui cherche des outils pour mieux expliquer les troubles à vos patients et leur donner des conseils pour agir aussi par eux-mêmes.

3 GRANDES PARTIES

Nous avons conçu ce livre en trois parties qui répondent à des objectifs différents et complémentaires.

- La partie **COMPRENDRE** a pour but de vous expliquer ce qu'on entend par un événement traumatique et les conséquences post-traumatiques possibles. Comprendre est souvent une étape indispensable avant de pouvoir aller mieux.
- La partie **AGIR** regroupe énormément de conseils pratiques afin de savoir comment vous pouvez d'ores et déjà agir par vous-même, seul·e et/ou accompagné·e de vos proches, sur votre mal-être, sur vos symptômes et sur ce qui vous perturbe. Nous mettons à votre disposition un tas d'exercices pour opérer des changements qui peuvent avoir énormément d'effets bénéfiques.
- La partie **TRAITER** contient l'ensemble des informations nécessaires pour aller plus loin, pour vous faire accompagner de professionnel·le·s du psychotrauma si vous le souhaitez, si vos troubles sont invalidants, ou si vous ne vous en sortez pas seul·e ou accompagné·e de vos proches.

Recommandations

AXE 1 : Rendre toujours prioritaire l'accès aux CRP pour les femmes victimes de violences sexistes et sexuelles en leur faisant bénéficier d'une prise en charge spécifique

RECOMMANDATION N° 1 : Les CRP doivent accueillir en urgence toutes les femmes victimes de violences quels que soient :

- le type de syndrome post-traumatique dont elles souffrent (simple ou complexe)
- leur situation financière ou géographique
- leur degré de sécurisation
- leurs difficultés de mobilités ou de handicap

RECOMMANDATION N°2 : Les CRP doivent se faire connaître comme un lieu d'orientation des femmes victimes de violences susceptibles de présenter un psychotraumatisme auprès de tous·tes les acteurs et actrices du territoire (professionnel·les de santé, associations, élu·es etc.)

RECOMMANDATION N° 3 : les CRP doivent participer activement à la coordination du réseau de prise en charge des victimes de violences sexistes et sexuelles.

Axe 2 : Former massivement au psychotraumatisme lié aux violences masculines

RECOMMANDATION 4 : Former au **repérage** du psychotraumatisme tous·tes les professionnel·les de santé, du social, police-justice.

RECOMMANDATION 5 : Organiser des campagnes de sensibilisation à destination du grand public.

RECOMMANDATION 6 : Organiser des formations à la psychotraumatologie (initiales et continues) de l'ensemble des professionnel·les de **l'accompagnement** des femmes victimes de violences masculines.

RECOMMANDATION 7 : Généraliser la formation (initiale et continue) du psychotraumatisme lié aux violences masculines pour tous·tes les professionnel·les **de la santé mentale** (psychologues, psychiatres).

Axe 3 : Rendre l'offre de soin accessible pour toutes les femmes victimes de violences sexistes et sexuelles

RECOMMANDATION N° 8 : Atteindre la préconisation de la convention d'Istanbul de 1 centre pour 200 000 habitant·es, soit 300 structures sur le territoire français (Maison des femmes, CRP et autres).

RECOMMANDATION N°9 : Déployer de manière urgente et massive les consultations en psychotraumatisme dans les hôpitaux de proximité.

RECOMMANDATION N°10 : Rembourser à 100 % tous les soins médicaux et psychologiques consécutifs aux violences sexistes et sexuelles subies par les femmes.

RECOMMANDATION N°11 : Assurer le recensement des professionnel·les formé·es à la prise en charge du psychotraumatisme (structures publiques, associatives et professions libérales), dans un annuaire commun (mentionnant les tarifs, l'accessibilité etc.) et le diffuser largement.

AXE 4 : Augmenter considérablement les moyens alloués aux structures de prise en charge gratuite et globale des femmes victimes de violences

RECOMMANDATION N°12 : Augmenter de manière pérenne et conséquente les budgets des CRP qui présentent un bilan d'activité et financier clair.

RECOMMANDATION N°13 : Intégrer au dispositif des CRP les centres associatifs et Maisons des femmes non hospitalier-es prenant en charge les femmes victimes de violences souffrant de psychotraumatisme et leur octroyer des crédits suffisants.

Méthodologie

Auditions

Auditions - Centres Régionaux du Psychotrauma

Tous les CRP ont été contactés et relancés à plusieurs reprises

RÉGION & PORTEURS/SITES	RÉPONSE	RENCONTRE	RAPPORT D'ACTIVITÉ
Vague 1 : 2018 = 10 CRP			
<u>AUVERGNE-RHÔNE-ALPES</u> - Hospices civils de Lyon	x	20/01/2023	x
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ - CHU Dijon	x		
<u>CENTRE-VAL DE LOIRE</u>			
▶ CHRU Tours	x	05/01/2023	x
▶ Orléans	x	05/01/2023	x
GRAND EST - Strasbourg / CH Rouffach			
<u>HAUTS-DE-FRANCE - CHRU Lille</u>	x	01/09/2022	
<u>ILE-DE-FRANCE - AP-HP Sud</u>			
▶ Hôpital Hôtel-Dieu, Hôpital Saint-Antoine	x	06/10/2022	x
ILE-DE-FRANCE - AP-HP Nord			
▶ Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger : Unité Spécialisée d'Accompagnement du Psychotraumatisme, (USAP du CHIRB)	x	12/12/2022	
▶ Hôpital <u>Avicenne</u>	x	06/10/2022	x
ANTILLES - CHU Martinique			
OCCITANIE - CHU Occitanie	x		x
<u>PACA - Corse</u>			
CHU Nice / Fondation Lenval	x	02/02/2023	x
Vague 2 : 2020 = 5 CRP			
LA RÉUNION - CHU EPSM			
NORMANDIE - CHU Caen (avec CHU Rouen)			
BRETAGNE - CHU Rennes – CHU Brest	x		Ø
<u>PAYS DE LA LOIRE</u> - CHU Nantes Hôpital Saint Jacques	x	27/01/2023	x
NOUVELLE-AQUITAINE			
▶ <u>CHU Bordeaux</u> Charles Perrens	x	05/01/2023	x
▶ <u>CHU Poitiers</u> Henri Laborit	x	20/01/2023	x

Auditions - Institutions

Direction Générale de l'offre de soin (DGOS) - 07/07/2022

Direction du ministère de la Santé. Elle est chargée de l'élaboration, du pilotage, et de l'évaluation de l'offre de soins. Elle se construit comme un espace de croisement entre le ministère de la Santé et les établissements de soins et est en charge d'assurer la qualité des soins, d'organiser la formation et l'activité des professionnel·les de la santé et d'organiser l'offre des soins en partenariat avec la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'action sociale (DGAS) et la Direction de la sécurité sociale (DSS). C'est également la DGOS qui a saisi la HAS et qui a piloté le sujet Santé lors du Grenelle des violences conjugales.

Agence Régionale de Santé de la Nouvelle-Aquitaine - 02/03/2023 - [lien](#)

Les agences régionales de santé sont chargées d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système.

Haute Autorité de Santé - 01/09/2022 - [lien](#)

Autorité publique indépendante à caractère scientifique, la HAS vise à développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social, au bénéfice des usager·es. Elle publie en 2020 une note de cadrage concernant l'évaluation et prise en charge des syndromes post-traumatiques chez les enfants et les adultes.

Centre National de Ressources et Résiliences (Cn2r) - 01/09/2022 - [lien](#)

Identifié suite à l'appel à projet national lancé en juillet 2018, est dirigé par le Groupement d'Intérêt Public (GIP) adossé aux CHU de Paris et Lille, ces derniers étant eux-mêmes identifiés comme CRP. Ce centre n'est pas un lieu de soin ni un lieu d'accueil des victimes, ses missions sont centrées sur la promotion et la mise à disposition de travaux de recherche, la formation dans le domaine du psychotraumatisme et le développement des pratiques de soin et de repérage et la coordination et l'animation scientifique du réseau des CRP.

Auditions - Lieux de prise en charge des femmes souffrant de syndrome post-traumatique (non financés dans le cadre du dispositif des CRP)

La Maison des femmes de Saint-Denis - 01/12/2022 - [lien](#)

Fondée en 2016, elle est un lieu de prise en charge des femmes en difficulté ou victimes de violences. D'une part, elle est composée d'une unité de soins, rattachée à l'hôpital Delafontaine de Saint-Denis, elle propose un accompagnement global, somatique, psychique et psycho-social. D'autre part, l'association a pour objectif de soutenir financièrement l'activité et le développement de l'unité de soins et de faire rayonner son modèle. Elle s'implique également dans les domaines de la formation, de l'hébergement, de la prévention et du plaidoyer.

L'Institut de Victimologie de Paris - 03/11/2022 - [lien](#)

Association loi 1901, fondée en 1994, elle vise à promouvoir le traitement précoce et spécifique des victimes, à mettre en œuvre le travail en réseau entre les intervenant·es libéraux·ales, 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 sont animés par des équipes pluridisciplinaires constituées de médecins et de psychologues spécialistes de ce travail.

L'Institut Women Safe and Children - 03/11/2022- [lien](#)

Née en 2014, l'association prend en charge les femmes, les enfants victimes et les témoins de toutes les formes de violences (économiques, physiques, sexuelles, psychologiques, rituelles...). L'association déploie un dispositif mobilisant une équipe pluridisciplinaire formée à la psychotraumatologie et à la victimologie qui propose des prises en charge globales, accès aux soins, suivi médico-psychologique avec prise en charge psychotraumatique, accompagnement juridique, prise en charge sociale, prise en charge spécifique des enfants.

Auditions - Associations qui accompagnent les femmes victimes de violences

Femmes pour le Dire Femmes pour Agir (FDFA) - 02/02/2023 - [lien](#)

Association qui lutte contre la double discrimination qu'entraîne le fait d'être femme et d'être en situation de handicap. Leur objectif est de promouvoir la place des femmes en situation de handicap dans la société et de lutter contre les violences commises à l'égard de ces dernières.

Association Francophone de Femmes Autistes (AFFA) - 02/02/2023 - [lien](#)

L'association vise à défendre les droits des filles et des personnes autistes et/ou des enfants et femmes en situation de handicap et à lutter contre la pédocriminalité. Les objectifs de l'AFFA sont de sensibiliser et participer à l'élaboration de mesures concernant les droits des enfants et des femmes en situation de handicap et de travailler en collaboration avec les autorités compétentes et d'autres associations pour enrichir la réflexion sur le sujet du droit des enfants et des femmes et de la lutte contre les violences sexistes et sexuelles.

Mémoire traumatique et victimologie - 02/02/2023 - [lien](#)

L'association milite auprès des victimes de violences, pour que la prise en charge des troubles psychotraumatiques liés aux violences subies soit améliorée.

Face à l'inceste - 01/12/2022 - [lien](#)

Face à l'inceste est une association qui combat le tabou de l'inceste. Créée en 2000, animée par plus de 35 bénévoles survivants de l'inceste, proches de survivants, professionnels et citoyens impliqués dans la lutte contre le fléau de l'inceste, l'association compte près de 6500 membres et plus de 400 adhérents. Fondée par Isabelle Aubry, survivante de l'inceste, l'association est ouverte aux victimes de l'inceste et de pédocriminalité, à leurs proches et à toute personne citoyenne du monde, désireuse de soutenir la cause que nous défendons. L'inceste n'a pas de frontières, Face à l'inceste non plus. Partout où ce fléau de santé publique sévit, il y a une raison d'être et d'agir. Ces missions sont de prévenir en formant les professionnels et en accompagnant la recherche, de militer pour changer les lois et obtenir un plan de prévention gouvernemental, réunir en créant une communauté d'entraide.

Femmes victimes de Violences

Melissa Plaza - 12/12/2022 - [lien](#)

Ex-joueuse professionnelle de football (internationale Française), autrice du livre *Pas pour les filles ?*, conférencière et slameuse. Elle a été victime d'inceste durant son enfance et souffre de syndrome post-traumatique.

Laura C. - 01/12/2022

Laura témoigne de sa longue recherche d'une prise en charge adaptée pour surmonter l'inceste qu'elle a subi.

Questionnaire et retours à propos des attentes

Un questionnaire d'une vingtaine de questions a été transmis au réseau d'associations venant en aide aux femmes victimes, sur le lien et la collaboration avec les CRP.

Les questions portaient sur :

- ▶ La connaissance de l'existence d'un CRP sur leur territoire
- ▶ Le travail partenarial avec un CRP (adressage mutuel /co-prise en charge/ échanges de compétences etc.)
- ▶ Les attentes vis-à-vis d'un CRP
- ▶ Les réseaux des spécialistes du psychotrauma
- ▶ Les besoins des associations pour l'accueil de femmes victimes de violences souffrant de syndrome post-traumatique

Les associations contactées sont les suivantes : Fédération Nationale des Centres d'Information des droits des Femmes et des Familles (FNCIDFF) ; Fédération Nationale Solidarité femmes (FNSF) ; Planning familial ; Femmes solidaires ; Femmes pour le Dire, Femmes pour Agir (FDFA) ; Association Francophone de Femmes Autistes (AFFA) ; France victimes ; Collectif Féministe Contre le Viol (CFCV) ; Mouvement du Nid ; Amicale du Nid ; Face à l'inceste.

Les répondantes au questionnaire : 19 antennes de la FNCIDFF y ont répondu, 3 associations de la FNSF (Paroles de femmes, Du Côté des femmes et Espace Femmes Geneviève D), le Mouvement du Nid.

Les associations contactées ont également communiqué une présentation de leur association et leurs attentes vis-à-vis des CRP.

Analyse des différents rapports d'activité des CRP

L'hétérogénéité n'est pas seulement caractéristique du fonctionnement des CRP mais aussi de leur méthode de récolte de données. Plusieurs problématiques et disparités ont été observées lors de l'analyse des bilans d'activité des CRP ce qui rend l'analyse comparative chiffrée des centres difficile :

- ▶ Les CRP n'ayant pas tous ouverts au même moment, il est difficile de produire une analyse comparative de structures qui ne disposent pas de la même ancienneté.
- ▶ Les bilans d'activité reçus sont, pour la majorité, ceux de 2021 ainsi l'analyse de données, fournie dans ce rapport, ne reflète pas l'activité la plus récente.
- ▶ Les types de traumatismes ne sont pas répertoriés et donc comptabilisés de la même façon par les CRP : la plupart référencent les traumatismes simples, complexes ou aigus (I, II, III), d'autres présentent les résultats des patient-es à l'évaluation de l'échelle PCL 5. Enfin, une partie d'entre eux ne communique pas ces chiffres.
- ▶ Les événements traumatogènes ne sont pas répertoriés de la même façon : par exemple certains ont une catégorie « *violences sexuelles* » sans précision de la nature de l'événement, alors que d'autres proposent des catégories plus précises, qui sont toutes des violences sexuelles (agression sexuelle, viol, harcèlement sexuel).

- Le genre de la victime de violence n'est pas toujours précisé ou alors pas clairement exprimé, c'est le cas des catégories présentes dans le document modèle fourni par le Cn2r dans lequel les catégories mériteraient d'être explicitées :

Types de traumatismes
Violences Adultes (en nombre)
Total de violences adultes
Violences faites aux femmes
Violences physiques, morales et sexuelles au sein du couple (violences conjugales)
Violences physiques au sein du couple pour les femmes
Violences physiques, sexuelles et/ou morales sur majeur hors du couple
Violences physiques, sexuelles et/ou morales sur majeur hors du couple pour les femmes
Harcèlement scolaire
Violences intrafamiliales
Embrigadement sectaire
Acte de terrorisme
Confrontation à un décès
Deuil traumatique
Traite et exploitation d'êtres humains
Torture et violences politiques

- La composition des équipes n'est pas toujours précisée, lorsque c'est le cas, les bilans font preuve de peu de transparence sur l'origine des financements de ces postes et de leur estimation en Équivalent Temps Plein (ETP).
- La répartition du temps de travail accordé à chacune des trois missions, préconisées par le cahier des charges, n'est pas précisée dans les rapports d'activité.
- Les chiffres spécifiques à chacune des antennes, dans le cas des CRP divisés en plusieurs antennes, n'apparaissent pas toujours : certains disposent d'un rapport d'activité précisant les chiffres dans chaque antenne ainsi que dans la totalité du CRP. Au contraire, d'autres ne présentent que les chiffres de la totalité du CRP, sans détail sur l'activité ventilée des antennes.
- Les méthodes de comptabilisation des files actives ne semblent pas uniformes : certains CRP ne comptent que les patient-es qui sont admis-es en soin, d'autres comptent également celles et ceux qui ont été évalué-es par le CRP mais qui ont finalement été réorienté-es.

Une animation nationale à parfaire

Le Cn2r fournit un modèle type de bilan d'activité sous la forme d'un tableau Excel. Ce dernier présente l'avantage d'être un outil unique qui permet de récolter les données des CRP de façon homogène en suivant les mêmes catégories. Ce tableau semble être fourni sans indication sur la méthode à suivre pour le remplir, car il est complété différemment par chaque CRP. Cet outil n'est pas généralisé puisque seuls trois CRP nous ont fait parvenir leur rapport d'activité sous cette forme.

Plus globalement, au-delà de l'hétérogénéité à l'échelle nationale, dans certaines régions il n'existe pas de pilotage des différentes antennes qui fonctionnent indépendamment les unes des autres.

Glossaire

AMA :	Assistant-e médico-administratif
AP-HP :	Assistance publique - hôpitaux de Paris
ARS :	Agence régionale de santé
ASE :	Aide sociale à l'enfance
CDD :	Contrat à durée déterminée
CH :	Centre hospitalier
CHI :	Centre hospitalier intercommunal
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CIDFF :	Centre national d'information des droits des femmes et des familles
CIIVISE :	Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants
CLAV :	Comité locaux d'aide aux victimes
CMP :	Centre médico-psychologique
CN2R :	Centre national de ressources et de résilience
CPVS :	Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles
CRIAVS :	Centre de ressources pour intervenant-es auprès d'auteurs de violences sexuelles
CRP :	Centre régional du psychotraumatisme
CUMP :	Cellule d'urgence médico-psychologique
DGOS :	Direction générale de l'offre de soin
DGS :	Direction générale de la santé
DSM :	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
DU :	Diplôme universitaire
EMDR :	Eye movement desensitization and reprocessing (intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires)
EPSM :	Établissement public de santé mentale
ETP :	Équivalent temps plein
FNCIDFF :	Fédération Nationale des centres nationaux d'information des droits des femmes et des familles
FNSF :	Fédération Nationale solidarité femmes
HAS :	Haute Autorité de Santé
HCE :	Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes
IDE :	Infirmier-e diplômé-e d'État
IPA :	Infirmier-e en pratique avancée
MIPROF :	Mission interministérielle pour la protection contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PMI :	Protection maternelle et infantile
PTSM :	Projets Territoriaux de Santé Mentale
SDFE :	Service des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes
TCC :	Thérapies cognitivo-comportementale
TRE :	Tension Releasing exercices (exercice de libération de tension thérapeutique)
TSPT :	Trouble de stress post-traumatique

- TSPTC :** Trouble de stress post-traumatique complexe
UAPED : Unités d'accueil pédiatrique enfance en danger
UMJ : Unité médico-judiciaire
VFF : Violences faites aux femmes
VIF : Violences intrafamiliales
VSS : Violences sexistes et sexuelles

Remerciements

Le présent rapport a été réalisé par la Commission « Santé des femmes, droits sexuels et reproductifs » du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, avec le concours de personnalités extérieures et avec l'appui du Secrétariat général du HCE.

Que l'ensemble de ces personnes en soient remerciées.

- ▶ **Madame Sylvie PIERRE-BROSSOLETTE**, présidente du HCE
- ▶ **Monsieur Gilles LAZIMI**, co-président de la commission Santé, Médecin généraliste
- ▶ **Madame Emmanuelle PIET**, co-présidente de la commission Santé, Présidente du Collectif féministe contre le viol (CFCV)

Pour la Commission « Santé des femmes, droits sexuels et reproductifs »

Membres nommé-es ayant voix délibérative :

- ▶ **Madame Sarah DUROCHER**, Présidente du Mouvement français pour le Planning familial
- ▶ **Monsieur Victor MARION**, Représentant du Forum Français de la Jeunesse
- ▶ **Monsieur Eddy MONIOT**, Artiste, comédien, acteur et professeur d'art oratoire
- ▶ **Monsieur Claude-André RICHEL**, Administrateur national de la Fédération Nationale du Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS)
- ▶ **Madame Priscille SAUVEGRAIN**, Sage-femme clinicienne à la Pitié-Salpêtrière, maitresse de conférence et directrice de recherche à la Sorbonne Université et l'INSERM
- ▶ **Madame Catherine VIDAL**, Neurobiologiste, directrice de recherche honoraire à l'Institut Pasteur, Membre du Comité d'Éthique de l'Inserm où elle co-dirige le groupe « Genre et Recherches en Santé »

Représentant-es d'administration n'ayant pas voix délibérative

- ▶ **Madame Soraya BELGHERBI**, Médecin de santé publique, Chargée de l'évaluation, de l'épidémiologie et des connaissances en santé sexuelle ; Bureau des infections par le VIH, les IST, les hépatites et la tuberculose – SP2 à la Direction Générale de la Santé (DGS)
- ▶ **Madame Laure GONNET**, Chargée de mission « violences au sein du couple » Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes dans la vie personnelle et sociale au Service Droits des Femmes et l'égalité (SDFE)

Pour le Secrétariat Général

- ▶ **Madame Anne PLOUËT**, rapporteuse
- ▶ **Madame Manon DE BANIÈRES**, stagiaire
- ▶ **Madame Maylis ARNAUD**, stagiaire
- ▶ **Madame Nastassia LAGAUE**, stagiaire
- ▶ **Madame Paola BERGS**, secrétaire générale
- ▶ **Madame Juliana BRUNO**, responsable de la communication et des relations presse
- ▶ **Madame Camille YILDIZ**, chargée de communication
- ▶ **Monsieur Davy BEAUVOIS**, apprenti en communication

Pour les personnalités, associations et administrations auditionnées

- ▶ **Gaëlle ABGRALL**, Responsable de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique de Paris et d'Île-de-France depuis 2017 et coordinatrice du CRP AP-HP Paris Centre-Sud
- ▶ **Florence ASKENAZY**, Professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, cheffe de service à l'hôpital pour enfants (CHU) de Lenval à Nice, présidente de la fédération ALTER et coordinatrice de la partie enfant du CRP PACA-Corse
- ▶ **Isabelle AUBRY**, Fondatrice de Face à l'inceste. En collaboration avec le Dr Gérard Lopez, elle est co-auteurice de l'ouvrage [L'inceste : 38 questions incontournables](#)
- ▶ **Martine AUBRY**, Responsable organisation au sein de l'association FDFA
- ▶ **Michel BENOIT**, Coordinateur de la partie adulte du CRP PACA-Corse
- ▶ **Chantal BERGEY**, Cheffe du pôle psychiatrie d'urgence de l'Hôpital Charles Perrens à Bordeaux et coordinatrice du CRP Nouvelle-Aquitaine Sud
- ▶ **Wuthina CHIN**, Chargée de mission en charge du suivi de ce dossier au bureau « *Prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale - R4* » de la DGOS
- ▶ **Cécile CONDOMINAS**, Psychologue au sein du CRP des Pays de la Loire et auteurice de [Sentiment amoureux et conjugalité violente : du meilleur au pire](#)
- ▶ **Stéphane DUFAURE**, Chargé de mission et inspecteur de l'action sanitaire et sociale à L'ARS Nouvelle-Aquitaine
- ▶ **Wissam EL-HAGE**, Médecin référent du CRP Centre-Val de Loire, directeur du Centre d'Investigation Clinique (CIC) 1415 de l'INSERM et co-directeur de l'équipe « *Psychiatrie Neurofonctionnelle* » de l'unité de recherche « *Imagerie et Cerveau* » (iBrain U1253) de l'INSERM. Il est co-auteur du livre [Le trauma, comment s'en sortir ?](#)
- ▶ **Marylène FABRE**, Conseillère médicale en charge du suivi de la filière psychotraumatisme de l'ARS Nouvelle-Aquitaine
- ▶ **Ghada HATEM**, Gynécologue-obstétricienne, fondatrice de La Maison des femmes de Saint-Denis et présidente du Cercle d'études des gynécologues-obstétriciens de la région Île-de-France (CEGORIF), du conseil d'administration de l'AUDIPOG et membre du Collège national des gynécologues et obstétriciens français
- ▶ **Anne HÉGOBURU**, Adjointe à la sous-directrice de la régulation de l'offre de soins à la DGOS et référente du Groupe de Travail du Grenelle « *santé* »
- ▶ **Louis JEHEL**, Président de l'Institut de Victimologie, fondateur de la plateforme d'intervention d'urgence en situation de crise SOS Kriz, professeur de psychiatrie à l'université Picardie Jules Verne et chef de service au CHU
- ▶ **Marie LARUE**, Psychologue clinicienne spécialisée dans la prise en charge psychotraumatique et coordinatrice de l'équipe psychiatrie et du pôle recherche de Women Safe & Children
- ▶ **Fatima LE GRIGUER-ATIG**, Fondatrice et coordinatrice de l'antenne du CHI Robert Ballanger du CRP Paris Nord
- ▶ **Anne-Sophie MAGIS**, Cheffe de pôle de soins spécifiques transversal de l'EPSM du Loiret Georges Daumézou (antenne d'Orléans du CRP Centre-Val de Loire)
- ▶ **Olivier MANCERON**, Médecin, auteur de [Féminisme et Virilité](#), membre du HCE et membre du conseil d'administration de l'association FDFA
- ▶ **Héloïse MARICHEZ**, Psychologue clinicienne au service de psychopathologie de l'Hôpital Avicenne (du CRP Paris Nord)
- ▶ **Frédérique MARTZ**, Co-fondatrice de Women Safe & Children et membre du comité scientifique de l'Observatoire de la Gynophobie de l'association No Gynophobie
- ▶ **Sylvie MOLEND**, Psychologue clinicienne et de recherche au CHU de Lille et au sein du CRP des Hauts-de-France, responsable du pôle formation & bonnes pratiques du Cn2r et présidente du groupe de travail adulte de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur le rapport « *Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques* »
- ▶ **Delphine MORALI COURIVAUD**, Directrice de l'Institut de Victimologie

- ▶ **Mélissa PLAZA**, Ex-joueuse professionnelle de football (internationale Française), autrice du livre Pas pour les filles ?, conférencière et slameuse. Elle a été victime d'inceste durant son enfance et souffre de syndrome post-traumatique
- ▶ **Nathalie PRIETO**, Praticienne à l'hôpital Edouard-Herriot de Lyon, psychiatre référente nationale pour les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) et coordinatrice du CRP Auvergne-Rhône-Alpes
- ▶ **Marie RABATEL**, Présidente de l'AFFA et membre permanente de la CIIVISE
- ▶ **Muriel SALMONA**, Psychiatre et fondatrice de l'association Mémoire traumatique et victimologie
- ▶ **Laora TILMAN**, Adjointe au chef du bureau « *Prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale - R4* » de la DGOS
- ▶ **Mélanie VOYER**, Praticienne hospitalière au CH Henri Laborit de Poitiers et coordinatrice de l'antenne de Poitiers du CRP Nouvelle-Aquitaine



Papier recyclé



HAUT CONSEIL
À L'ÉGALITÉ
ENTRE LES FEMMES
ET LES HOMMES

55, rue Saint-Dominique - 75007 Paris
Courriel : haut-conseil-egalite@pm.gouv.fr
Téléphone : 01 42 75 86 91

www.haut-conseil-egalite.gouv.fr
Recevoir toutes nos informations : bit.ly/HCECP

Nous suivre :

