



**PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE ET LE SOIN
DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES AINSI QUE LA FORMATION
DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ**

Bourg la Reine le 17 mai 2010

Dr Muriel Salmona, psychiatre, psychotraumatologue
Présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie
Responsable de l'Antenne 92 de l'Institut de Victimologie
drmsalmona@gmail.com
memoiretraumatique.org
tel : 06 32 39 99 34

I ÉTATS DES LIEUX :

Les violences sexuelles sont :

- **fréquentes et très graves**, 120 000 viols en France par an, 16% de femmes ont subis des viols ou des tentatives de viols dans leur vie (59% avant 18 ans), 5% des hommes ont subis des viols ou des tentatives de viols dans leur vie (67% avant 18 ans) enquête CSF de l'INSERM et de l'INED 2008, 3 % des français déclarent avoir été victimes d'inceste (enquête IPSOS 2010). Suivant les études et les pays les violences sexuelles toucheraient entre **20 à 30 % des personnes au cours de leur vie.**

- Le plus souvent commises **par des proches** (dans plus de 80 % des cas), elles sont présentes **dans tous les milieux**, la majorité des violences sexuelles sont commises sur des mineurs.
- Elles sont **spécifiques** touchant majoritairement les femmes et les enfants et sont très majoritairement commises par les hommes.
- Elles restent **sous-estimées, méconnues, non identifiées, souvent déniées voir tolérées** par une société encore très inégalitaire et discriminante par rapport aux femmes **et qui véhicule de nombreux préjugés sur la sexualité** (avec une confusion entre sexualité et violence, confusion entre désir et excitation liée au stress, confusion entre orgasme et disjonction, avec un vocabulaire sexuel appartenant au registre de la guerre, une majorité des injures à connotation sexuelle, une banalisation de violences sexuelles faites aux femmes comme la prostitution et la pornographie)
- Elles sont **une atteinte à la dignité et au droits fondamentaux des personnes**, elles ne sont pas une fatalité
- **Les violences sexuelles n'ont rien à voir avec le désir sexuel** ce sont des violences particulièrement efficaces pour exercer sur autrui une domination, mettre en place une emprise, dégrader, détruire, réduire en esclavage, instrumentaliser les victimes pour son confort personnel (comme « médicaments », comme « source de revenus », comme « esclave »)
- **Elles sont utilisées** comme armes de guerre (de plus en plus), comme instruments de tortures, comme armes de domination, d'esclavage, de soumission et de prise de possession du corps et du psychisme des victimes
- **Tout comme la torture la dégradation, l'humiliation, l'atteinte à la dignité humaine génèrent chez les victimes un sentiment de mort psychique**, elles se perçoivent comme des survivantes et même comme des « mortes vivantes », leur vie devient un enfer
- **Les hommes (majoritairement) peuvent s'autoriser à exercer des violences sexuelles sur les plus vulnérables dans la société enfants et les femmes le plus souvent en toute impunité** (en France seulement 10% des viols (12 000/120 000) font l'objet d'une plainte et 3% d'un jugement et 1% d'une condamnation 1200/120 000), parce que notre société inégalitaire banalise voir tolère ces violences
- **Ces violences sexuelles des adultes sur les enfants et les femmes sont le plus souvent des conduites addictives violentes dissociantes, anesthésiantes, d'auto-traitement Elles sont une drogue et génèrent une véritable addiction** qui permet aux agresseurs d'échapper à une souffrance psychique liée à une mémoire traumatique provenant le plus souvent par de violences subies dans l'enfance.
- **Ces violences sexuelles sont tellement omniprésentes qu'elles parasitent gravement les relations amoureuses entre les hommes et les femmes du fait des stéréotypes véhiculés mais aussi des symptômes psychotraumatiques qui brouillent les représentations sur la sexualité des hommes et des femmes.**

Les violences sexuelles sont le prototype du crime ou du délit « parfait » :

- **Dans l'immense majorité les agresseurs restent impunis** (pour les viols seulement 10 % font l'objet de plaintes, 3% de jugement)
- **La loi du silence règne particulièrement à l'intérieur des familles, du couple, des institutions des entreprises**, c'est à la victime de ne pas faire de vagues, de ne pas « détruire » la famille, le couple..., d'être compréhensive, d'être gentille, que ce n'est pas si grave, qu'il y a pire ailleurs ...
- **Un pourcentage important des victimes mineures de violences sexuelles 38 % vont être totalement amnésique des faits à l'âge adulte (étude WILLIAM, 1994) ou 59 % vont être amnésique lors de période plus ou moins longues (étude Briere, 1993)**
- **La méconnaissance des conséquences psychotraumatiques des violences, des mécanismes neuro-biologiques en jeu**, font que les symptômes présentés par les victimes sont presque jamais reliés aux violences, les professionnels des secteurs du social et de la santé posent encore trop rarement la question des violences subies particulièrement sexuelles
- **Le déni des agressions sexuelles chez les victimes est extrêmement fréquent** et que les allégations mensongères des victimes sont rares < à 3% et que 22% des victimes par peur se rétractent
- Au total le plus souvent c'est la victime qui est considérée comme coupable, à devoir se justifier :
 - **si elle n'a pas dénoncée les violences sexuelles et/ou l'agresseur** d'être pénible, difficile, tout le temps mal, à se plaindre, à s'isoler, d'être en échec scolaire, professionnel, amoureux, d'avoir des conduites à risques qui font qu'elle est jugée très négativement
 - **Et si elle a dénoncée les violences sexuelles et/ou les agresseurs** d'être une menteuse, d'exagérer, de ne pas avoir le sens de l'humour, d'être méchante, égoïste, perverse, de l'avoir bien cherché, de ne pas avoir fait ce qu'il fallait pour l'éviter : « tu aurais du ... », « pourquoi tu as fait? »
 - **L'auteur des agressions lui est souvent considéré comme innocent** : soit victime d'une machination, soit c'était un jeu, de l'humour, soit il était tout simplement amoureux, soit ce n'est pas de sa faute : il a des pulsions, la victime l'a provoqué, il avait bu, il ne s'est pas rendu compte, il n'a pas compris que la victime n'était pas consentante..... Il bénéficie des symptômes psychotraumatiques présentés par la victime à la fois pour se disculper mais aussi pour agresser en toute sécurité

Les violences sexuelles représentent une atteinte particulièrement grave à l'intégrité physique et psychique,

- elles peuvent être à l'origine d'un risque vital:
- **De tous les traumatismes, les violences sexuelles sont ceux** (avec la torture et les actes de barbarie) qui entraînent **le risque le plus important de développer des troubles psychotraumatiques sévères et chroniques qui peuvent durer des années voire toute une vie**. avec 80 % de risque de développer un état de stress post traumatique en cas de viol, 60 % en cas d'agression sexuelle (alors que le risque de développer un état de stress post traumatique lors de traumatismes en général est de 24 %, Breslau et Al., 1991).
- Ces troubles psychotraumatiques sont des **conséquences normales de ces violences** (conséquences normales de situations anormales). Ils sont pathognomoniques, c'est-à-dire qu'ils sont spécifiques et qu'ils sont une preuve médicale du traumatisme.
- Les troubles psychiques spécifiques liés au traumatisme sont liés à des **mécanismes de sauvegarde psychologiques et neurobiologiques exceptionnels** déclenchés lors du stress extrême et du risque vital que génère le traumatisme, ces mécanismes sont responsables d'une déconnexion du circuit de réponse au stress entraînant **une mémoire traumatique, une dissociation avec anesthésie affective et physique**
- **ces troubles psychotraumatiques peuvent être définis comme l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique.**
- ces troubles peuvent s'installer durant des mois, des années voire toute une vie en l'absence de prise en charge, ils entraînent une grande souffrance morale liée à des **réminiscences (mémoire traumatique)** avec la mise en place de **conduites d'évitement** (pour y échapper : phobies, retrait), **des conduites d'hypervigilance** pour tenter de les contrôler et **des conduites dissociantes** pour tenter de les auto-traiter (conduites à risque et conduites addictives anesthésiantes)
- **ces troubles psychotraumatiques s'ils ne sont pas pris en charge précocement vont être à l'origine d'un état de souffrance permanent et vont transformer la vie des victimes en "un enfer", en "un état de guerre permanente", « sans espoir de s'en sortir »**
- **ces troubles psychotraumatiques sont à l'origine :**
 - **d'une dissociation entraînant une anesthésie émotionnelle** accompagnée de troubles de la conscience (sentiment d'irréalité, d'être spectateur de la scène violente, de dépersonnalisation, absences)
 - **d'une mémoire traumatique**, véritable bombe à retardement, avec des réminiscences intrusives faisant revivre sans fin les violences avec la même souffrance et la même détresse

- **d'une hypervigilance, de conduites de contrôle et d'évitements et conduites à risques** qui sont des stratégies efficaces mais très handicapantes pour échapper à la mémoire traumatique

- **Ils sont aussi à l'origine de troubles cognitifs, de troubles du comportement, de l'alimentation, du sommeil, de la sexualité et de la personnalité**

- **Ils entraînent une souffrance psychique très importante** (cf étude sur le 92 en 2008 auto-évaluée à 9 sur une échelle de 1 à 10) et un sentiment de solitude

- **Les troubles psychotraumatiques sont liés à la mise en place de mécanismes de sauvegarde exceptionnels par le cerveau pour échapper à un risque vital engendré par le stress extrême créée par les violences :**
 - *Les violences sexuelles particulièrement quand elles sont répétées comme les violences intra-familiales de l'enfance ou les violences conjugales sont à l'origine de la mise en place de mécanismes neurobiologiques de sauvegarde (le stress extrême que la violence crée, entraîne un risque vital cardiovasculaire et neurologique) qui font disjoncter le circuit émotionnel au niveau cérébral (avec des drogues endogènes dures), la réponse physiologique au stress s'éteint et une anesthésie émotionnelle et physique s'installe avec un état dissociatif (de conscience altérée) et des troubles de la mémoire : amnésie (de tout ou partie de l'événement à partir de la déconnexion) et mémoire traumatique (mémoire émotionnelle piégée, isolée, non intégrée) véritable bombe à retardement, hypersensible, incompréhensible (car non verbalisée), qui peut s'allumer à l'occasion de toute situation rappelant inconsciemment tout ou partie de l'événement jusqu'à des dizaines d'années après l'événement en redéclenchant la détresse, la terreur, la souffrance initiale, à l'identique. La vie devient alors un terrain miné, de très nombreuses situations, le moindre lien avec les violences subies sont susceptibles de faire "exploser" cette mémoire traumatiques ans possibilité de comprendre l'origine de cette détresse, ni de la calmer, rendant nécessaire la mise en place de conduites d'évitement handicapantes. Quand ces dernières sont mises en échec, seules des conduites dissociantes souvent paradoxales peuvent calmer cet état, il s'agit de refaire disjoncter le circuit émotionnel en augmentant le stress (conduites auto-agressives, conduites à risques, conduites addictives, conduites de dépendance à un agresseur qui par le risque, la terreur qu'elles produisent sont à même de faire disjoncter). Ces conduites dissociantes qui s'imposent aux victimes et dont elles ne veulent surtout pas, sont pour elles incompréhensibles, très douloureuses, stigmatisantes et déroutantes pour leur entourage et les professionnels qui les aident, elles sont responsables d'un important sentiment de culpabilité et de la très grande difficulté qu'ont les victimes de violences de se séparer de leur agresseur.*

Au total les conséquences sur la santé des violences sexuelles sont :

•**Troubles psychotraumatiques spécifiques et troubles co-morbides**, états de stress aigu, états de stress post traumatique, états dissociatifs, état de stress post-traumatique complexe, troubles de l'humeur, tentatives de suicide, trouble de la personnalité, Troubles anxieux généralisés (crises d'angoisse, attaques de panique, phobies, TOC), symptômes dissociatifs, troubles psychotiques aigus, troubles des conduites et des comportement (à risques, sexuels, addictif,..), troubles du sommeil, trouble de l'alimentation, troubles cognitifs : de l'attention, de la concentration, troubles relationnels, troubles de la sexualité, ... **Rappel les suicides sont la deuxième cause de mortalité chez les jeunes avant 25 ans**

•**Conséquences physiques directes des violences** : homicide, état de choc, coma, coups et blessures : lésions gynécologiques, anales, buccales, contusions, lacérations, inflammation, érosions, hématome, plaies, perforation, hémorragies, fistule, infection, MST, contamination HIV, hépatite B, douleurs pelviennes, dyspareunie, conséquences obstétricales (grossesse, et quand les violences ont lieu sur une femmes enceinte interruption de grossesse, accouchement prématuré, mort fœtale in utero) fractures, brûlures, luxations, traumatisme crânien, hématome, lésions organiques, lésions ophtalmiques (plaies oculaires, décollement de la rétine), perforation du tympan

•**Maladies liées aux stress et à l'atteinte de l'immunité** : douleurs et fatigue chroniques, risques cardio-vasculaires, diabète, hyper tension artérielle, cancers, troubles respiratoires (asthme), allergies, troubles dermatologiques, ORL, gastro-intestinaux, génito-urinaires, endocriniens, musculo-squelettique, céphalée, asthénie,....

•**Accidents et maladies consécutifs aux conduites à risque et aux mises en danger** (accidents domestiques et de la voie publique, accidents sportifs, conséquences de l'alcoolisme, la toxicomanie, le tabagisme, des pratiques sexuelles à risques : MST, grossesses précoces, IVG à répétition). **Rappel : les accidents sont la première cause de mortalité chez les jeunes avant 25 ans**

•**Les violences sexuelles sont de ce fait à l'origine d'une demande de soins médicaux très importante avec de nombreuses consultations et de nombreuses hospitalisations et interventions chirurgicales (x 8 par rapport à la population générale), et une consommation importante de médicaments, ainsi que de nombreux arrêts de travail, congé longue maladie et longue durée, passages en invalidité, et demande MDPH d'allocations adultes handicapés, consommation de soins d'autant plus importantes qu'il ne s'agit dans l'immense majorité des cas que de soins symptomatiques peu efficaces et non de soins spécifiques et spécialisés efficaces.**

•**L'étude sur les conséquences psychotraumatiques des violences faites en 2008 sur le 92 a montré que plus de 80 % des patients victimes de violences recevant des soins spécialisés ont constaté une amélioration de leur santé psychique importante/très importante, et 47 % une amélioration de leur santé physique, la prise en charge spécialisée est considérée comme utile, répondant aux attentes, permettant d'aller mieux et de mieux se comprendre**

- L'absence de dépistage, de protection des victimes et de soins spécialisés sont donc à l'origine d'un coût humain très important et d'un coût important en dépenses médicales et en aides sociales qui pourraient être évités.

Les violences sexuelles ont un impact catastrophique sur la qualité de vie des victimes,

- Avec une dégradation de leur vie personnelle, familiale, amicale, amoureuse, sociale, scolaire et professionnelle (risque de solitude, de chômage, marginalisation, d'exclusion, de grande pauvreté, de toxicomanie, de délinquance, de situation prostitutionnelle)

•

Les violences sexuelles commises sur des mineurs et plus encore les violences incestueuses sont particulièrement graves du fait de :

- Leur grande dépendance face aux adultes (loi du silence+++)
- Leur grande immaturité à la fois affective, émotionnelle, physiologique, neurologique, psychologique et sexuelle (fréquence des amnésies post traumatiques)
- Leur situation d'être en devenir, en construction
- avec un risque que l'enfant développe sa personnalité autour des troubles psychotraumatiques et développe des troubles graves de la personnalité (personnalité border-line) et face à la souffrance psychique générée par les violences les enfants risquent de développer des conduites d'évitement et surtout à l'adolescence et à l'âge adulte des conduites à risques dissociantes (auto-traitement anesthésiant de la souffrance psychique) très préjudiciables pour leur développement (troubles du développement psycho-moteurs et troubles cognitifs), leur sécurité, leur santé, leur qualité de vie et leur avenir social, scolaire, professionnel et affectif et de subir à nouveau ou de reproduire des comportements violents

Les violences sexuelles sont une réalité sous-estimée et méconnue :

- Tradition de sous-estimation des violences faites aux mineurs et aux femmes, de leur gravité, de leur fréquence, tradition de banalisation d'une grande partie de celles-ci, voire de justification (idées reçues sur la sexualité masculine)

- **Méconnaissance de la gravité des conséquences sur la santé des violences, particulièrement sur la santé psychique, et sur les mécanismes en cause** les violences sont « des situations anormales entraînant des conséquences psychotraumatiques normales » fréquentes, graves et durables liées à la mise en place de mécanismes neurobiologiques de sauvegarde.
- **Méconnaissance des conséquences sociales des violences sexuelles** sur l'apprentissage, sur les capacités cognitives, sur la socialisation, sur la vie sexuelle et amoureuse, sur les risques de conduites à risques, asociales et de délinquance, **sur les risques d'être à nouveau victime de violences sexuelles ou autres** ou d'en être auteur
- **Stigmatisation des troubles de la conduite et des troubles du comportement des enfants et des adolescents** qui masquent une souffrance non reconnue et qui sont directement liés à des troubles psychotraumatiques (mémoire traumatique et dissociation).
- **Banalisation de signes de souffrance** mis sur le compte de l'âge, du sexe féminin (hystérie)
- **Dramatisation à l'inverse de symptômes psychotraumatiques** (dissociatifs et intrusifs) étiquetés psychotiques et traités abusivement comme tels

Les violences sexuelles sont un grave problème de société et un enjeu majeur de santé publique :

- **Elles sont très peu dépistées et leurs conséquences sont rarement diagnostiquées par les professionnels de la santé qui n'ont pas été formés pendant leurs études** et qui ne le sont d'ailleurs toujours pas, que ce soit lors de leurs études médicales ou lors de leurs spécialisations, que ce soit lors de formations médicales continues. Les médecins sont très peu formés aussi à la victimologie et à la médecine légale, ils connaissent peu le droit (définition des violences sexuelles, parcours judiciaire, secret professionnel, etc.) et **sont en difficulté pour établir des certificats de coups et blessures et des signalements. Ils ont aussi de grandes difficultés pour orienter les victimes.**
- **Elles ne sont que très rarement prises en charge dans le cadre de soins spécialisés, la prise en charge médicale et psychologique nécessite des soins spécifiques qui ne peuvent être donnés que par des professionnels formés, dans des lieux spécifiques qui doivent être :**
 - spécifiques pour des victimes de violences +++ et spécialisés avec des professionnels formés
 - de qualité
 - accessibles avec une possibilité de prise en charge en urgence ou d'orientation en cas d'urgence et d'hospitalisation dans un service spécifique et spécialisé
 - sécurisant et accueillants
 - gratuits ++, anonymes si la victime le demande

- pluridisciplinaires (++) de proposer une prise en charge globale avec des soins de psychotraumatologie (psychiatres, psychologues), de médecine générale, des soins gynécologiques, et d'autres spécialités (gastroentérologues, dermatologues, etc.) des soins corporels : kinésithérapie, prise en charge de la douleur)
- avec un accès à des informations juridiques (juriste), associatives (association de défense des victimes), sociales
- avec la possibilité de groupe de parole, et d'activités thérapeutiques

• **Or la protection et la prise en charge des victimes de violences sexuelles sont essentielles et doivent être les plus précoces possibles** ce qui les rendent d'autant plus efficaces et permet d'éviter des vies fracassées, mais aussi d'arrêter des violences subies ou agies qui se produisent de générations en générations.

• **La prévention des violences sexuelles faites est un devoir pour tout professionnel** importance d'en connaître la fréquence, les conséquences et les mécanismes, de les dépister, de les faire cesser, d'orienter les victimes vers des prises en charge spécialisées.

Au total les victimes de violences sexuelles et particulièrement les enfants victimes d'inceste sont très peu identifiés, secourus et protégés.

• **Ces victimes sont nombreuses**, le plus souvent pas repérées ni identifiées, elles se sentent totalement isolées, à l'abandon, elles ne parlent pas spontanément des violences (loi du silence, l'isolement, banalisation, anesthésie affective, honte, culpabilisation, manque de confiance, persuadées que cela ne servira à rien, qu'elle seront de toute façon incomprise, rejetées, pas crues).

• **Le plus souvent des enfants, des adolescents et des femmes** qui ont subi de graves violences, violences cumulées, qui ont du supporter de nombreuses années de souffrance, dans une grande solitude et dans l'incompréhension la plus grande de leurs symptômes avant que les violences soient connues et qu'un lien soit fait avec leurs symptômes et que leurs troubles psychotraumatique soient identifiés, ces années perdues sont souvent à l'origine de la mise en place de troubles graves de la personnalité, de conduites d'évitement envahissantes, de troubles des conduites auto-agressives et/ou hétéro-agressives, de troubles des conduites addictives, de mises en danger par des conduites à risque importantes (conduites dissociantes), par des conduites délinquantes et d'une désinsertionscolaire, professionnelle et/ou sociale.

• **Ce sont des enfants en échec scolaire**, en grande souffrance qui font des fugues, des tentatives de suicides, qui s'automutilent, qui ont des conduites à risque, qui ont des conduites addictives (tabac, alcool, drogues, jeux, sexualité), des troubles du comportements alimentaires, qui se retrouvent victimes à répétition, qui peuvent être agressifs, qui peuvent se prostituer, devenir délinquants, qui peuvent se retrouver "psychiatisés" avec des diagnostics de psychoses faits par excès, qui peuvent être suivi par l'ASE, la PJJ, être placés en centre éducatifs.

•**Ce sont des femmes ou des hommes** qui ont des dépressions chroniques, des troubles anxieux (crises de panique, angoisses, phobies), une fatigue chronique, qui se plaignent de douleurs chroniques (céphalées, douleurs des sphères digestives, génito-urinaires, musculo-squelettiques, de palpitations, de douleurs thoraciques), qui prennent de lourds traitements, passent de très nombreux examens médicaux, sont fréquemment hospitalisées, opérées, ont beaucoup plus de fausses-couches, d'IVG, qui font de nombreuses tentatives de suicides, qui ont des addictions au tabac, à l'alcool, qui ont de fréquents arrêts de travail, sont au chômage, ont du mal à gérer leur budget, qui sont négligent(e)s par rapport à leur santé, qui peuvent avoir du mal à s'occuper de leurs enfants et qui peuvent parfois devenir violent(e)s avec eux.

•**Toutes ces personnes victimes de violences peuvent se retrouver avec des symptômes, des comportements et des conduites incompréhensibles que rien n'explique et qui entraîne encore plus de souffrance, d'isolement, de culpabilisation et de stigmatisation**, il est essentiel de faire le lien entre leurs symptômes et les violences subies et de leur fournir l'explication des mécanismes neurobiologiques à l'oeuvre dans les psychotraumatismes, ce qui les soulagera et leur redonnera leur dignité et de l'espoir.

la prise en charge médicale et l'offre de soins actuelles sont insuffisantes ou inadaptés faute de professionnels spécialisés formés et de centre de soins spécifiques :

Les médecins qu'ils soient généralistes, spécialistes, psychiatres, qu'ils soient libéraux, hospitaliers, travaillant dans le cadre de CMP, CMPP, de dispensaires, qui pourraient être les professionnels les mieux placés avec les professionnels de l'éducation nationale et de la PMI, n'étant pas formés :

- **ils ne posent pas systématiquement la question** «avez-vous subi ou subissez-vous des violences ?» à un adulte ou «est-ce qu'on t'a fait du mal ou de vilaines choses, ou des choses que l'on te force à subir ou à faire, qui te rendent triste ?» à un enfant
- **ils n'identifient pas des symptômes et des troubles du comportements et des conduites évocateurs** et ne font pas de liens avec des antécédents de violences sexuelles
- **si l'adulte ou l'enfant parlent des violences**, ils peuvent ne pas savoir entendre cette parole, y répondre et agir de façon adaptée, ils peuvent avoir parfois des comportements inadaptés nocifs pour les victimes
- **.même s'ils ont connaissance des violences sexuelles subies ils peuvent méconnaître les symptômes psychotraumatiques** ne pas les diagnostiquer comme tels et ne pas les relier aux violences sexuelles subies, en sous-estimer la gravité ou au contraire les dramatiser (diagnostic erroné de psychose), **ne pas être capable d'expliquer les conséquences et les mécanismes psychotraumatiques** qui permettraient de soulager les victimes,
- **ils peuvent être destabilisés par des comportements et des conduites paradoxales des victimes qu'ils ne comprennent pas** faute de formation et de connaissances (conduites à risques, mises en danger, dépendance à l'agresseur, intolérance au stress et à la douleur du fait de la mémoire traumatique) et avoir **des réactions culpabilisantes et moralisatrices déplacées**

- ils peuvent ne pas savoir les protéger et les orienter auprès de professionnels spécialisés (juristes, associations, médecins spécialisés), donner des informations précises et fiables sur le droit, la loi et le parcours judiciaire, ne pas savoir faire un certificat, un signalement (cf le rapport Henrion 2001 et l'étude pilote des Hauts de Seine 2008). Seuls 3% des signalements pour enfants en danger sont faits par des médecins
- ils n'ont pas la formation pour donner un traitement adapté et efficace des troubles psychotraumatiques

Or pour tout médecin poser systématiquement la question sur l'existence de violences passées ou actuelles et fondamentale pour dépister et identifier les victimes de violences, comme le démontre l'enquête faite par un médecin généraliste du Centre médical de Romainville le Dr Gilles Lazimi a questionné de façon systématique lors de consultation 100 femmes âgées de 18 à 92 ans sur le thème des violences quelque soit le motif de consultation : 54% déclarent avoir été victimes de violences (49% de violences verbales; 31% de violences physiques; 21% de violences sexuelles); 90% en parlaient pour la première fois à un médecin. L'étude a été refaite en 2006 auprès de 51 médecins et 2 sage femmes qui ont posé, de façon systématique lors de leur consultation, 3 questions à 557 patientes pour dépister des violences verbales, physiques et sexuelles subies au cours de leur vie (quelque soit le motif de consultation) : 63% ont déclaré avoir été victimes de violences (62,8% de violences verbales; 42,7% de violences physiques; 17,8% de violences sexuelles)

Pour les victimes une prise en charge spécialisée est essentielle ainsi qu'une information claire, précise et cohérente sur mécanismes psychotraumatiques, les conséquences et les symptômes par des professionnels formés comme le montre l'enquête que j'ai dirigée sur le 92 en 2008 à la demande de la DDFE du 92 :

Il s'agit d'étude réalisée sur 164 patients (80% de femmes) de consultation de psychotraumatologie qui met en lumière l'importance et la gravité des violences subies dès le plus jeune âge et leur accumulation : 74% ont subi des violences familiales dans l'enfance, 41 % des violences conjugales, 60% des violences sexuelles et près de 70% cumulent plusieurs types de violences, les patients qui ont été témoins dans leur enfance de violences conjugales sont 33% et pour 55% des patientes subissant des violences conjugales leurs enfants en ont été témoins. 65 patients ont rempli un questionnaire très détaillé + 13 interview, tous veulent témoigner des violences subies, tous se plaignent d'une grande solitude et évaluent leur souffrance psychique à 9,1 en moyenne sur une échelle d'autoévaluation de 1 à 10. L'impact sur la qualité de vie est important/très important pour 97 % des patientes.

- Pour la majorité des patients la prise en charge spécialisée s'est faite tardivement après de nombreuses années de souffrance alors que les troubles psychotraumatiques étaient graves et les répercussions sur la santé physique importantes.
- Dans la presque totalité des cas les violences n'avaient pas été identifiées, ni dénoncées, les symptômes psychotraumatiques présents chez tous les patients et les symptômes somatiques n'avaient jamais été reliés aux violences subies ni par les victimes elles-mêmes, ni par les médecins consultés.

- **Pour tous, identifier les violences, comprendre l'origine de leur souffrance, comprendre les mécanismes à l'oeuvre** leur ont permis de retrouver une dignité, de se sentir enfin comprises, d'être soulagées, déculpabilisées et de reprendre espoir
- **80 % des patients constatent une amélioration importante/très importante de leur santé psychique, 47 % des patients constatent une amélioration importante/très importante de leur santé physique**
- **La prise en charge spécialisée est considérée plutôt ou tout à fait utile, répondant à leurs attentes et permettant d'aller mieux et de mieux se comprendre pour près de 90 % des patients**, alors que les prises en charge non spécialisées qui ont précédées ne le sont que pour 10 % des patients
- **Ses points faibles sont sa rareté** (il existe trop peu de consultations spécialisées), et les délais de prise de rendez-vous peuvent être long, sa longueur (d'autant plus importante que la prise en charge est très retardée) et le manque de thérapies corporelles
- **Ses points forts sont la compréhension des mécanismes, l'identification des violences, l'écoute, la déculpabilisation, une solitude moindre, la remise en confiance, l'amélioration des symptômes, le travail en réseau**
- **Tous sans exception conseilleraient cette prise en charge à d'autres victimes**

En conclusion les vœux les plus chers des patients sont de **pouvoir témoigner sur la gravité des violences**, que **plus d'informations soient diffusées sur les conséquences psychotraumatiques des violences et les mécanismes neuro-physiologiques expliquant ces conséquences**, que **les professionnels soient formés spécifiquement au dépistage des violences, des psychotraumatismes, à l'orientation et à la prise en charge** : professionnels des secteurs du médical, de l'éducatif, du social, de la police et de la gendarmerie et de la justice, qu'il y ait **beaucoup plus de consultations spécialisées pour les victimes et que les prises en charges soient gratuites**, avoir **des forums, des groupes de paroles** pour échanger

L'étude a porté aussi sur des professionnels de la santé et du secteur social, éducatif et judiciaire qui ont été formés sur les violences et leurs conséquences psychotraumatologiques, les formations ont eu lieu sur 1 ou 2 journées et ont été réalisées par le Dr Salmona dans le cadre de la FMC, du FIPD, du PRSP avec la formation sur une année de plus de 400 professionnels des secteurs médical (50%), des secteurs du social, de l'éducatif, de la justice (50%), qui ont tous rempli un questionnaire de satisfaction, plus de 60 ont rempli un questionnaire détaillé quelques mois après la formation :

- **La formation est jugée très utile pour des professionnels très peu formés** (surtout les médecins), **peu capables d'identifier les symptômes et encore moins de comprendre les mécanismes en jeu dans les psychotraumatismes**, une grande majorité d'entre eux se sentaient **impuissants, inefficaces, seuls et déstabilisés** par les conduites et les comportements paradoxaux des victimes

- **Grande sensibilité des professionnels sur les violences et leur répercussion sur la santé**, après la formation, les professionnels se sentent plus concernés et ont une meilleure conscience de la nature et de la gravité des conséquences psychologiques des violences
- **Les 3/4 ont après la formation moins de difficultés pour prendre en charge les victimes même si cette prise en charge reste pour eux difficile**
- **Un dépistage facilité, Une meilleure compréhension des victimes, une plus grande tendance à poser la question des violences, Une plus grande aisance à aborder le sujet**
- **Une meilleure appréhension de la conduite à tenir, de ce qu'il faut dire, ne pas dire, des ressources et des solutions existantes, plus d'orientations**
- **Une transmission importante des connaissances acquises aux victimes** (2/3 des professionnels et 90% des médecins généralistes), l'impact du diagnostic et des informations données aux patient/usagers étant clairement très positif et **ils ont sensibilisés d'autres professionnels et recommandé la formation**
- **Les professionnels formés sont très demandeurs d'autres formations complémentaires** pour approfondir et surtout avoir plus d'exemples cliniques et d'échange sur les pratiques
- **Ils sont 95% à considérer qu'une assistance téléphonique d'expertise leur seraient utile** (aide au dépistage, au diagnostic, à la prise en charge, à l'orientation pour mieux travailler en réseau) et 93,7 % pensent qu'ils y auraient recours

Les psychiatres libéraux ne sont donc pas formés à la psychotraumatologie et à la victimologie, ils ont souvent peu de places disponibles pour de nouveaux patients, ils sont déjà souvent débordés et ils ressentent les victimes de violences comme des patients nécessitant une prise en charge complexe, très bienveillante, sécurisante, demandant beaucoup de temps et de démarches dans laquelle ils ne souhaitent pas forcément s'investir, ils peuvent avoir une pratique difficilement compatible avec la prise en charge de victimes psychotraumatisées ; secteur 2 avec des dépassements d'honoraires, pratique analytique (patients allongés, psychiatre parlant très peu), prise en charge centrée sur des conflits névrotiques internes et non sur les violences subies externes, certains ne font pas de prises en charge psychothérapeutiques.

Les pédo-psychiatres libéraux, ils sont très peu nombreux, encore plus débordés, ne faisant pas de prise en charge psychothérapeutique et aussi ne sont pas formés en psychotraumatologie pour la majorité d'entre eux.

Les psychiatres hospitaliers de l'AP, mis à part ceux peu nombreux engagés dans les CUMP et ceux (souvent les mêmes) qui participent aux consultations de psychotraumatologie, ils ne sont pas formés en psychotraumatologie pour la majorité d'entre eux.

Les psychiatres du secteur (CMPP, CMP), habitués à prendre en charge des pathologies psychiatriques lourdes, ils sont encore plus que les psychiatres d'hôpitaux généraux éloignés de la psychotraumatologie.

Les psychiatres des cliniques psychiatriques font essentiellement de la prise en charge par traitement chimiothérapique, ils ne font pas de prise en charge psychothérapique et eux aussi ne sont pas formés en psychotraumatologie.

Il existe des psychologues cliniciens formés en psychotraumatologie mais ils ont peu de structures pour exercer leur spécialité et s'ils s'insallent en libéral, les soins qu'ils prodiguent ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale.

Il existe très peu de consultations spécialisés en psychotraumatologie dans le cadre hospitalier, de quelques CMP et CMPP, de CMS (centre médicaux de santé) et en libéral.

Ces consultations sont insuffisantes en nombre, avec des départements, voire des régions qui n'ont aucune offre de soins spécialisés.

il n'y a encore moins de consultation spécifique de psychotraumatologie pour les enfants et les adolescents.

Les consultations hospitalières sont souvent plus dédiés à des traumatismes de type I uniques comme des accidents, des incendies, des catastrophes, des attentats, des braquages.. en lien avec les interventions des CUMP.

Les consultations dans le cadre de service de psychiatrie, de psychiatrie libérale ou de CMP peuvent faire peur à de nombreuses victimes qui ne veulent pas être étiquetées "psychiatriques" et redoutent de se retrouver avec des patients plus gravement atteint (elles peuvent se sentir en danger), le manque de confidentialité lié à la prise en charge sécu peut-être un frein (pour les femmes victimes de violences conjugales qui ont peur que leur conjoint voit qu'elles ont consulté un psychiatre, soit que cela lui fasse peur et le rende encore plus violent, soit que cela lui permette de l'humilier encore plus en la traitant de "folle", "je te l'avais bien dit!", pour les adolescents victimes de maltraitances et/ou de violences sexuelles qui ont été commises par des membres de la famille, la confidentialité est un préalable nécessaire), la nécessité d'avoir une couverture sociale et bien souvent (sauf pour les patients en ALD) de devoir avancer les honoraires d'une consultation même si celle-ci est en secteur I (41euros) peut être un obstacle aussi

Au total, actuellement, la majorité des victimes sont abandonnées sans soin spécifique et vont devoir développer des stratégies de survie et d'auto-traitement très coûteuses en souffrance, douleurs et risques sur la santé.

II PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE ET LUTTER CONTRE LES VIOLENCES

Il s'agit de secourir les victimes de les protéger et de les prendre en charge en leur donnant des soins spécialisés et des informations pour comprendre et s'orienter. Il s'agit aussi de faciliter l'accès aux droits et d'améliorer l'application de la loi. Le travail en réseau est essentiel.

Il s'agit aussi de prévenir les violences sexuelles par une information du grand public, par une meilleure protection des enfants et des personnes en situation de vulnérabilité, par la lutte contre les discriminations sexistes et pour l'égalité des droits, et par une prise en charge adaptée des agresseurs pour éviter des récidives et les traiter.

Informé, former, créer des centres de soins spécifiques et spécialisés dans chaque département, créer un observatoire des violences dans chaque département.

1- Identifier et dénoncer les violences, protéger les victimes, dépister et diagnostiquer leurs conséquences : les troubles psychotraumatiques, faire sortir les victimes de violences de leur isolement, de l'abandon où elles se retrouvent, rompre la loi du silence : il faut que les professionnels (médecins, sage-femmes, infirmiers, travailleurs sociaux) posent systématiquement des questions sur l'existence de violences et soient formés à le faire, leur permettre un accès facilité à des prises en charges spécialisées qui leur donneront des outils efficaces pour se comprendre, pour se protéger, pour sortir de la mémoire traumatique, pour lutter contre les conduites dissociantes qui sont à l'origine des plus grandes souffrance et des violences faites à soi-même.

2- il faut appliquer la loi et faire respecter les droits des personnes

3- Il faut se battre pour une société plus égalitaire, contre toutes les formes de domination masculine et patriarcale, tous les stéréotypes sexistes, contre toutes les discriminations, contre la loi du plus fort qui permettent que les conduites dissociantes violentes soient utilisées en toute impunité contre ceux désignés comme "inférieurs", essentiellement les femmes, les enfants, les adolescents, mais aussi toutes les personnes en situations de vulnérabilité.

4- il faut sensibiliser et informer la population sur les violences sexuelles, leur réalité, leur fréquence, faire des campagnes, faire des études, informer sur les ressources, les numéros d'appel, les associations, sur la loi, les droits, sensibiliser et informer à une sexualité sans violence surtout chez les plus jeunes, à un respect du partenaire, à une égalité dans les relations, lutter contre le sexisme, les stéréotypes, les idées fausses en ce

qui concerne.

5- il faut informer la population sur **les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles, diffuser des informations de qualité sur les troubles psychotraumatiques, la sidération, la dissociation, la mémoire traumatique, l'hypervigilance, les conduites d'auto-traitement habituelles : d'évitement** (phobies, troubles obsessionnels, retrait, intolérance au stress et au changement, émoussement des affects, etc.) **et dissociatives** (conduites à risques, mises en danger, jeux dangereux, addictions, conduites sexuelles à risques, etc.). cf la publication et la distribution d'une plaquette d'information sur les conséquences des violences d'abord dans le 92 (avec la

6- Il faut informer et former tous les professionnels qui prennent en charge les victimes de violences, c'est le souhait le plus cher de la totalité des patients de l'étude, et comme le montre une autre enquête consacrée à l'impact des formations en psychotraumatologie sur les professionnels prenant en charge des victimes de violence, **ces derniers n'ayant reçu aucune formation initiale sont très demandeurs d'informations et de formations, particulièrement sur les mécanismes et les conséquences psychotraumatologiques des violences** ce que montre l'étude faite sur l'impact des formations à la psychotraumatologie (étude 2008, 92 M. Salmona).

Si l'on étudie les grandes améliorations dans la prise en charge des victimes liées à la formation, **on observe que le fait de mieux comprendre les psychotraumatismes et les mécanismes qui y sont liés, est la réponse la plus souvent citée. Si 90% des professionnels trouvent la formation utile ou très utile dans leur pratique, ils la trouvent d'autant plus utile qu'ils sont à même de reconnaître les psychotraumatismes et d'en expliquer les mécanismes** (étude 2008, 92 M. Salmona).

Elle permet surtout pour les professionnels de santé un meilleur dépistage, une meilleure compréhension de la symptomatologie, et une explication de celle-ci aux patients ; tandis qu'elle permet aux professionnels du social une meilleure compréhension des victimes dans leur ensemble, de mieux cerner les raisons de certaines attitudes, certains de leurs comportements en apparence paradoxaux.

Les professionnels sont 95 % à considérer qu'une **assistance téléphonique d'expertise** serait utile (aide au diagnostic, à la prise en charge, à l'orientation) , et 93, 7 % pensent qu'ils y auraient recours.

Il est parfaitement possible, de nombreuses patientes en témoignent, d'arrêter le cycle de la violence transmis de génération en génération, de traiter les troubles psychotraumatiques de la mémoire et symptômes dissociatifs avec une prise en charge spécialisée psychothérapique, ce qui fait disparaître les conduites dissociantes et permet de vivre enfin dans la liberté, la sécurité et la dignité retrouvées. Enfin "devenir soi-même", "ne plus souffrir pour être disponible et sereine pour s'occuper des enfants, (re)trouver une vie normale", "je n'ai plus d'envie suicidaire, je n'ai pas reproduit les violences subies sur mes enfants, il est parfois difficile de garder le contrôle face à des pervers, je peux dire que je vais mieux".

Les agresseurs peuvent et doivent bénéficier de prises en charge spécialisées, il s'agit de les désintoxiquer de conduites dissociantes d'emprise, de traiter leur troubles psychotraumatiques et de les éduquer au respect de la dignité de l'autre, à l'égalité et à la dénonciation de la violence.

Créer dans chaque département :

Un centre soins spécifique et spécialisé pour les victimes de violences :

- dans un lieu dédié et chaleureux et accessible
- avec une prise en charge **gratuite**, et **anonyme** si besoin
- des professionnels (psychiatres et psychologues, psychothérapeutes) **formés et spécialisés en psychotraumatologie et victimologie** proposant différents types de prise en charge, **pluridisciplinaires** avec des vacations de généralistes, de spécialistes (gynécologues, gastroentérologues, dermatologues, spécialistes de la douleur, etc.), des infirmières, des kinésithérapeutes et des psychologues (soins corporels)
- une possibilité **de gérer l'urgence et d'orienter en urgence en partenariat**
- avec des **vacations de juristes, d'association et d'assistance sociale**
- des **groupes de paroles et des activités proposées** (art-thérapie, relaxation, ateliers d'expression, rencontres, visionnage de films ou de documentaires, bibliothèque avec accès internet, coin cafétéria)
- avec un **centre de documentation**
- et une **formation continue** : GAPP (groupe d'analyse des pratiques professionnelles)
- et un **travail en réseau avec tous les partenaires**

Pour la médecine libérale il faudrait avec la caisse de sécurité sociale créer des **actes spécifiques de prise en charge des victimes de violences** qui prennent en compte la complexité, la durée importante des consultations, les nombreux actes médico-légaux, le travail en réseau absolument nécessaire (avec les partenaires sociaux, avec la police et la justice, avec les associations). Il faudrait que la prise en charge soit gratuite systématiquement.

Pour la psychologie clinique libérale il faudrait impérativement qu'une prise en charge de l'assurance maladie soit mise en place, il y a pas assez de psychiatres installés par rapport à la demande

Un observatoire des violences (sur le modèle de celui du 93) qui :

- gère un **annuaire actualisé de toutes les ressources** (médicales, sociales, associatives, du département et de la région), un numéro de renseignement et d'aide à la prise en charge
- recense **les bonnes pratiques et les projets** dans le département et ailleurs, les soutient, les coordonne et les partage
- centralise **toute une documentation** : les études faites, les recherches, les articles, les ouvrages, les vidéos, les films
- centralise et informe sur **les colloques, les journées de sensibilisation et de formations**
- réunisse régulièrement les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des victimes pour améliorer la prise en charge dans le cadre de commissions
- fasse remonter **tous les dysfonctionnements avec un bureau des victimes** où elles peuvent être entendues par un médiateur dédié
- étudie de façon collégiale **tous les dossiers concernant des victimes qui ont été confrontées à des dysfonctionnement dans leur parcours de prise en charge**

- veille à ce que **l'offre de soins spécialisés soit satisfaisante**
- veille à ce que **tous les acteurs prenant en charge les victimes soient formés**
- initie et met en place **des actions de prévention**
- organise **des journées de rencontres**
- met en place **des outils d'information, campagnes d'affichages, brochures d'informations, etc.**

les observatoires pourraient être regroupés par région, avec un observatoire régional dans chaque région et au national avec un observatoire national.

Mettre en place des formations qui :

- doivent concerner **TOUS les acteurs intervenant dans la prise en charge des victimes et dans leurs parcours** : professionnels de la santé (médecins, psychologues, sage-femmes, infirmiers, aide-soignants, puéricultrices, kinésithérapeutes, orthophonistes, rééducateurs en psycho-motricité, secrétaires médicaux, etc.), du social, de l'éducation, du monde associatif, de la police et de la gendarmerie, les pompiers, de la justice, du monde politique
- les formations doivent être faites par **des spécialistes ayant une expérience importante dans leur domaine**, elles doivent porter sur **la réalité des violences** (description, chiffres, fréquence, contexte, causes sociétales), **sur leur identification et leur dépistage, le droit et les lois, les conséquences sur la santé et sur la vie sociale et professionnelle** des violences, sur **les mécanismes psychologiques et psychotraumatiques à l'œuvre, la compréhension des réactions des victimes et de leur stratégie de survie, la prise en charge, l'accueil, l'écoute, l'accompagnement, l'orientation, la prévention**. Il est nécessaire de faire des formations spécifiques sur **les différents types de violences** (maltraitance dans l'enfance, inceste, violences conjugales, violences sexuelles, violences au travail, violences sur les personnes âgées et les personnes handicapées, violences sectaires, violences psychologiques
- en ce qui concerne le secteur de la santé, des formations **sur le dépistage des violences et le diagnostic et la prise en charge et le traitement spécialisé de leurs conséquences traumatologiques et psychotraumatologiques** (violences familiales, maltraitance, violences conjugales, violences sexuelles), **sur l'accueil, l'écoute, l'orientation** ainsi que sur le droit, la loi et **leurs conséquences médico-légales** sur plusieurs modules doivent être faites **dès les études** : études médicales en faculté, de spécialité, étude d'école de sage-femme, études d'école infirmière, ensuite elles doivent être faites dans le cadre de la formation médicale continue, les GAPP et des colloques pour les libéraux, et dans le cadre de la médecine hospitalière (+++ les services de psychiatrie, d'urgences, les UMJ, les services de gynécologie obstétriques, les services de chirurgie, etc.), institutionnelle, de PMI, du travail, de centres de santé, de CMP et de CMPP, scolaire, les formations devront être faites dans le cadre de journées.
- Il est important de mettre en place en plus de ces formations **un accès à une documentation spécialisée et complète** (site internet, observatoire, etc.), **des groupes de travail et d'échanges** qui se réunissent régulièrement et des supervisions avec **un accès à une assistance spécialisée** (conseils, aide à l'orientation, informations) au téléphone ou par mail. Les situations les plus difficiles devront faire l'objet de **réunions collégiales** (cf observatoire)

Pour un moindre coût :

PROJET DE CONSULTATION INTERDISCIPLINAIRE ITINÉRANTE qui avait été élaboré en 2008 POUR LES VICTIME DE VIOLENCES SUR LE 92 avec le conseil général.

Il s'agirait sur le mode de l'expérience pilote faite en Suisse et dans le cadre des recommandations des rapports du professeur Henrion 2001, du rapport Violence et Santé 2005, de l'OMS, du programme européen Daphné et du deuxième plan triennal contre les violences conjugales, d'ouvrir un lieu de prise en charge médicale gratuite et anonyme pour les victimes de violences sur le 92:

enfants, adolescents, adultes.

Soit une consultation de psychotraumatologie avec un psychiatre et éventuellement un psychologue et une infirmière, avec un travail en partenariat avec le CIDFF et les associations existantes particulièrement FVV 92, le CFCV, l'AVFT, l'UFSE, le GAMS, le Mouvement du nid, mais aussi les PMI et les Plannings familiaux, les CMS, l'ASE et la PJJ.

Soit une consultation pluridisciplinaire regroupant des spécialités comme Psychiatrie, Médecine générale, Gynécologue + une infirmière et une psychologue + kinésithérapie ce qui permettrait d'assurer une prise en charge globale des conséquences des violences. Avec un travail en partenariat avec le CIDFF les associations existantes particulièrement FVV 92, le CFCV, l'AVFT, l'UFSE, le GAMS, le Mouvement du nid, mais aussi les PMI et les Plannings familiaux, les CMS, l'ASE et la PJJ.

Il pourrait être installé dans un CCAS, un CMS, un planning familial ou autre, il pourrait être "itinérant" et ainsi couvrir l'ensemble du département en utilisant la même équipe et des structures d'accueil déjà existantes ce qui minimiserait les coûts.

Tête de pont pour assurer l'accueil, le dépistage, l'expertise médicale et aide à la prise en charge, l'information sur les violences et les conséquences médicales des violences, l'évaluation des psychotraumatismes et des conséquences somatiques, l'évaluation des conduites à risque (addiction, sexualité..), orientation et travail en réseau, avec observatoire des violences sur le 92 et un pôle de référence médical en psychotraumatologie, travail de réflexion en faisant participer de façon interactive les victimes de violences pour évaluer leurs besoins en soins et informations.

Pour chaque patient adressé, une évaluation-dépistage serait faite permettant d'identifier les violences subies et d'évaluer leur gravité et leur risque de se répéter, de diagnostiquer les psychotraumatismes et les conséquences somatiques des violences, de les évaluer et de mettre en place une orientation et un suivi après avoir expliqué le repérage des violences, éduquer à leur dénonciation et à la lutte contre elles, expliquer les mécanismes neurobiologiques des psychotraumatismes et leurs conséquences chez les victimes mais aussi chez les agresseurs.

Soit un "pack" de 10 consultations par patient victime de violence

Soit un "pack" de consultation pluridisciplinaire de 10 à 15 consultations (6 à 10 consultations

psychiatriques, 2 à 4 consultations de médecine générale, 2 consultation gynécologiques) pourraient attribuer à chaque patients + des entretiens avec une infirmière (prévention) et ne psychologue (2 à 4).

Il pourrait, sur l'ensemble du département, concerner un public dans un premier temps de au moins 100 à 150 personnes sur une année (enfants, adolescents, adultes) qui seraient adressées par les

professionnels des secteurs de la santé, du social, de l'associatif, du judiciaire, de l'éducatif.

Soit sur la base de 10 consultations CSPSY (41 euros) par patient victime de violence 2 à 4 actes

infirmiers et de psychologue; et de frais de secrétariat et d'administration

Soit sur la base de 10 consultations médicales = 6 CSPSY, 2 C (22 euros) médecine générale, 2 CS gynécologiques (23 euros)+ 4 actes infirmiers et de psychologue; et de frais de secrétariat et d'administration

Dr Muriel Salmona

Psychiatre – Psychotraumatologue
Responsable de l'Antenne 92 de l'Institut de Victimologie
Présidente de l'Association
Mémoire Traumatique et Victimologie

118 avenue du Général-Leclerc
92340 BOURG LA REINE

06 32 39 99 34

drmsalmona@gmail.com
www.memoiretraumatique.org